653.

31353

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

Año XI.—1888 BUENOS AIRES Tomo XI.—Nº I

Anales del Círculo Médico Argentino

ENERO DE 1888

ESTUDIO DEL HIPNOTISMO

BAJO EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO Y DE MEDICINA LEGAL

A la hora actual, el estudio que á la par de la bacteriolojía mas ha interesado al mundo médico, es el hipnotismo. En lo infinitamente pequeño, Cardoni (1) ha llegado á investigar hasta la vida psíquica de los microbios, y todos los descubrimientos hechos rápidamente en un corto espacio de tiempo, han venido á definir mil causas inesplicables de la enfermedad y de su marcha, ó á invertir toda la etiolojía, tal como era comprendida y aceptada.

El hipnotismo, por la facilidad y sencillez de sus procedimientos, aunque no exentos de peligros,—se ha puesto al alcance de todos, y raro es el médico que no haya tenido la oportunidad de ejercer su *ascendiente* magnético.

Así, las experiencias se han repetido por doquier, y son notables las conclusiones de Galezowski sobre la nocion de los colores, las nuevas de Bourru y Burot sobre la metaloscopia, las del traspaso de la sensibilidad y de la anestesia por el iman, la fascinacion de Brémaud, y los esperimentos de Luys sobre la accion de los medicamentos á la distancia. Pero la forma fundamental, la esplicacion de los sorprendentes fenómenos que mas despiertan la atencion en el sueño hipnótico, no ha adquirido mayor desarrollo, y á pesar de las tentativas de Binet y Feré, de Azam, de Richet, Richer y muchos otros, no se ha conseguido mayor suma de conclusiones que las determinadas por Charcot,

(1) Le Sperimentale—Noviembre.

960.

hace diez años, en la Salpetriere, en sus célebres experiencias sobre la neurosis experimental.

Independientemente de sus aplicaciones terapéuticas en diversas enfermedades, aplicaciones recien negadas por Ewald en la Sociedad Médica de Berlin, la medicina legal, apresurándose á aprovechar los conocimientos adquiridos, ha obtenido del hipnotismo recursos de una naturaleza nueva y segura para la investigacion de los crímenes, de tal modo, que sin su auxilio, podrian quedar para siempre ocultos ó confusos. De ahí ha nacido una série de estudios para determinar los grados de la responsabilidad, ya sea en el crímen cometido durante el hipnotismo ó el sonambulismo, en la sugestion posible del crímen ó en los abusos de parte del hipnotizador durante el sueño hipnótico. Pero como para toda determinacion precisa, es necesario someterse á demostraciones fisiológicas evidentes, las teorías sobre cualquier punto de medicina legal que al hipnotismo se refieran, no tienen todavia ninguna sancion definitiva, porque aun no se ha conseguido fijar las condiciones positivas de ese singular fenómeno. Se le conoce en todas sus variantes, bajo las manifestaciones mas diversas, se ha dado la fórmula de todos sus estados, los que preceden y los que siguen, y se ha obtenido de la experimentacion los resultados mas sorprendentes y admirables; pero lo difícil es ligar estos resultados á una causa comun, esplicarlos de una manera mas natural, darse cuenta de la multiplicidad de sus efectos.

Todas las alteraciones nerviosas se prestan, en efecto, á estas contradicciones y anomalías. Se sabe, por ejemplo, que las alteraciones del cerebelo repercuten sobre la movilidad; pero acaba de probarse que su estirpacion en el conejo no produce turbaciones en el aparato de la locomocion, sinó una ligera debilidad muscular (Dupuy); y su estirpacion total en el hombre, no ha dado lugar sinó á síntomas transitorios de la movilidad (Brown-Sequard, Société de Biologie Nov. 5, 1887) Y sin embargo, era admitido universalmente que solo el cerebelo presidia á todas las funciones del movimiento.

II

Aunque la mayor parte de los individuos son susceptibles de la hipnosis, es en la histeria en que mas se ejercita, como en su mejor medio de accion. La histeria es el mal dominante en la mujer de ciudad. Para algunos autores alemanes, esta enfermedad sería esclusiva de la raza latina (Laquer), pero el hecho es que existe tambien en Alemania con los mismos caracteres (Strumpbell).

La mitad de las mujeres son histéricas (Briquet), y en Buenos Aires, nuestro profesor de enfermedades nerviosas el Dr. Ramos Mejía, cree que su número es excesivo, predominando principalmente bajo la forma ligera; pero así no puede ser considerada sinó como «una de las variedades del carácter de la mujer», y se puede decir con Richet que las histéricas son mas mujeres que las otras. El talento que se les atribuye, sin embargo, es mas aparente que real.

Se admite que su número no es menor en la campaña, (Hofbauer), pero cuando se considera cuántas son las pasiones y las agitaciones de los grandes centros, no queda duda que para una enfermedad tan esencialmente nerviosa, las ciudades deben contribuir en mayor proporcion. La vida que se agita en un mundo de ilusiones, acariciada aquí y allá por todas las esperanzas, deshecha por los desengaños, movida sin cesar por mil deseos, por las emulaciones y tantas veces por las bajas pasiones que desesperan, vá originando lentamente, esa depresion del espíritu que ha de constituir despues una neurosis. Ante la idea de las riquezas rápidamente acumuladas, cuando á tantas medianías se ve surjir y elevarse, sin que en nada hayan contribuido ni por sus méritos ni por su talento, la imaginacion adquiere todos esos anhelos inmoderados que á menudo se estrellan en estrepitosos fracasos. Es la concurrencia vital, en la lucha donde los más débiles sucumben, cuando no hay un espíritu bien templado capaz de perseverar.

Las constituciones débiles, inaptas para resistir, deben ser naturalmente las más afectadas,—y aquí, á la par de la

rápida trasformacion que ha sufrido la ciudad en los últimos años, empiezan á ser mas frecuentes esas singulares vesanías del delirio de las grandezas, que no siempre tienen razon de terminar en el manicomio, porque persisten bajo una forma moderada.

Taine hace mencion de la estraña morbidez descrita en un libro por Krishaber con el nombre de *neuropatía cerebro-cardiaca,* en la que resulta la perversion de los elementos de la inteligencia, «y aunque esta continue funcionando regularmente en su mecanismo lógico, llega sin embargo á resultados falsos, porque se vé obligada á elaborar datos falsos, y sus conclusiones lógicamente justas reposan sobre bases erróneas; este enfermo no es un loco: al principio rectifica las creencias falsas que le sugiere la estrañeza de sus impresiones, resiste á estas creencias, pero su antiguo yo concluye por agotarse y sucumbir: se cree trasportado á otro mundo, y por fin se cree otro» (1).

En el epiléptico se observan otras anomalías, en que resaltan los impulsos irresistibles á los malos instintos, que llegan á ser peligrosos, cuando la convulsion habitual de sus centros motores sufre repentinamente la trasferencia á los centros psíquicos (Ball). Y bien, todos estos de una organizacion cerebral estraña, son los mas fácilmente hipnotizables.

Existen familias enteras en que la neurosis del padre, neurópata ó epiléptico, se propaga á sus hijos bajo las diversas formas de la excitación maniática ó de la perversion intelectual.

Se autosugestionan para sí mismo grandezas, se engañan recíprocamente, y en ocasiones, sin cinismo, cándidamente, hasta hacen alarde de sus pasiones inmorales. Por causa de la falta de memoria, la mentira es en ellos un hábito, y esa funcion cerebral de la credulidad, tan desarrollada en las imajinaciones débiles, predomina sobre las otras de la razon, del juicio, impotentes para la lucha. Pero no es la enfermedad de Krishaber: observándolos, sus palabras

(1) Revue philosophique—1876.

no carecen de cierta sensatez, inventan historias, discurren sobre planes imajinarios, y tienen una manera tan hábilmente singular de juzgar las cosas, un criterio tan falso y una interpretacion tan peculiar, que al oirlos creeríase escuchar á un grupo de dementes sosteniendo durante un rato anómalo un mismo tema. Por naturaleza ociosos, con la pereza innata del entendimiento, sin carácter ni voluntad, tienen la perversion inconsciente de los sentimientos, con todas las debilidades y desequilibrios de espíritu que deben serles inherentes. Son los cerebros que se descomponen, porque en sus cerebros predomina la neuroglia, que agranda, sin darle peso, á la célula pensadora, para producir las ideas delirantes del primer período. Luego esa neuroglia sofoca á la célula, y hasta la sustituye despues, en las formas avanzadas de la parálisis mental.

De entre esas familias neurópatas salen los cerebrales y las histéricas, casi siempre. La afeccion de un órgano determinado es mas rara vez la causa determinante, y en la forma general, su orígen, antes que la sensibilidad nerviosa, es un comienzo de alteracion.

Se comprende que en las familias de neurópatas, el hombre, por su constitucion mas fuerte, está menos expuesto al histerismo, pero en este caso cae fácilmente en la hipocondria ó es un cerebral. La histeria no está forzosamente sometida á los ataques nerviosos; solo una quinta parte los sufren, y en las demás se reconoce por las perturbaciones nerviosas de que son víctimas. Estas son las que interesan especialmente á mi estudio.

Consideradas bajo el punto de vista intelectual, Legrand du Saulle nota en los histéricos, en primer término, la aberracion de sus facultades afectivas. Quieren sin eleccion á personas que debian serles mas ó menos indiferentes, ó bien alimentan ódios implacables, pero sin vincular sus antípatias á ninguna razon (Huchard.) Sus pasiones son á veces insensatas, y en su afan invencible por despertar la atencion, acuden á los medios mas escéntricos, á veces insólitos, y nada las hace vacilar, ni la hipocrecía, ni la menitra, ni el cinismo. Júzgaseles como una condenacion social,

porque en sus conversaciones, animadas por la movilidad de la espresion, una perversion delicada y sutil, las lleva á la calumnia, á la sátira, ó á la intriga.

Afectan admirablemente pasiones y repulsiones, rien y lloran con la mayor facilidad, «son comediantes por instinto» (J. Simon), pero comediantes que disponen de todo su talento al servicio de una perversidad, con la impotencia de la voluntad para refrenar sus pasiones (Richet), exaltadas siempre, como bajo la influencia de la belladona, que suprime la accion de los centros moderadores.

La simulacion en las histéricas adquiere un carácter singularmente peligroso, por la facilidad con que saben sorprender al espíritu mas sagaz y prevenido,—y admira su tendencia por engañar, sobre todo cuando se trata de un médico (Charcot). Simulan los dolores mas variados y estraños, con frecuencia los sienten realmente, y es entre ellas que se observan las visiones, como las de Bernardette Subirous en la gruta de Lourdes, los extásis, las hiperestesias, la anomalía de los sentidos, el desdoblamiento de la personalidad y las anestesias parciales ó generalizadas que á veces duran años y que de pronto curan ante una impresion.

Los casos de paralíticas curadas repentinamente, los milagros de antes, hoy se repiten dia á dia. El Dr. Ramos Mejia, acaba de obtener dos ejemplos en una afasia y en una amaurosis, volviendo el habla y la vista á la muda y á la ciega histérica. Hoy se esplican tambien los extásis de las vírgenes en los conventos, y se sabe bien que aquellas singulares obsesiones del demonio en la Edad Media bajo la forma del súcubo y del íncubo, no eran sinó aprovechamientos conventuales durante el periodo letárgico de la histeria.

En la forma grave, mucho mas rara, la gran histeria adquiere los carácteres curiosísimos de los cuatro estados clásicos determinados por Charcot, hace ya diez años, Los accesos fuertes que empiezan con la faz epileptoide. siguen con el período de los grandes movimientos, luego con las actitudes plásticas y las espresiones pasionales, y termina con el delirio, lúcido, triste ó alegre.

La histeria ni se define (Lassegue) ni se cura, por la medicina. En la histérica, dotada de una impresionabilidad esquisita, reaccionando vivamente á todas las impresiones, gravita siempre la instabilidad intelectual, la concepcion exaltada del pensamiento.

III

El hipnotismo es la neurosis esperimental (Charcot). Lo considero como el estado particular en que desaparece la voluntad, quedando el entendimiento en percepcion pasiva y reaccionando á las exitaciones esteriores, pero solamente á la manera de un reflejo, como si por un instante el cerebro adquiriera la cualidad de las funciones medulares.

Tres son las cuestiones que me propuse estudiar en esperiencias recientes, al hipnotizar á una mujer histérica, sujeta á ataques frecuentes de la histeria mayor con todas sus crisis particulares:—Un punto de medicina legal: la incitacion al crimen durante la hipnosia.—Un problema de fisiología, esplicando el olvido de las sugestiones, despues del sueño provocado;—y fundar una definicion psicológica del hipnotismo.

Para realizar mis esperiencias he debido colocarme en las condiciones esperimentales mas precisas, tratando de evitar siempre las simulaciones posibles de parte de mi hipnotizada. Tratábase de una mujer, Angélica X., de 26 años, espiritista y afiliada á dos sociedades de Buenos Aires, instruida solo por la lectura de algunas novelas españolas, histérica con ataques desde hace tres meses por causa de afecciones tristes, sin antecedentes hereditarios que importen al caso, y sufriendo actualmente frecuentes crisis nerviosas.

Se evitan las simulaciones por el conocimiento perfecto de los fenómenos que caracterizan el hipnotismo.

Son tres sus estados: el letargo, el sonambulismo y la catalepsia, y es fácil pasar de uno á otro ó producirlos indistintamente al principio. En el letargo, determinado

por la fijacion de la vista en un objeto, brillante ó nó, colocado sobre un plano superior á fin de determinar un estrabismo convergente y fatigar más fácilmente los músculos del ojo, la paciente se duerme con anestesia y analgesia completa, y está caracterizado por el fenómeno de la hiperexitabilidad neuro-muscular, de tal modo que basta la presion de un músculo de las estremidades para producir su contraccion, contraccion que solo desaparece por la exitacion de los músculos antagonistas. El estremecimiento de los párpados superiores y la posibilidad de determinar la catalepsia, abriendo los ojos de la paciente repentinamente ante un objeto brillante, caracterizan este estado. La letargia, espontánea en la histérica, puede prolongarse hasta un año, «en un sueño quizá lleno de ensueños» (Regnard). En la Salpetrière existe en estos momentos una enferma que duerme desde hace muchos meses.

En la catalepsia, que es casi siempre el primer estado de la hipnosia, pero sumamente pasajero, la hiperexitabilidad no existe; hay rigidez muscular total y la paciente adopta las actitudes que se le impongan, presentando en este estado los movimientos psíquicos inconscientes, tales como el aspirar el perfume de la flor que se le aproxima ó secarse las manos con la tohalla que vé cerca.

Su fisonomía adquiere la espresion, armónica con el gesto que se le hace ó la actitud en que se le coloca.

Conociendo las aptitudes de mi enferma, en las primeras sesiones seguí el procedimiento indicado por Richet para adormecerla, con los *pases* suaves de la mano ante los ojos. Posteriormente, despues de bien establecida su educacion magnética, pude determinar una de sus zonas hipnógenas: bastaba comprimirle en la nuca, en la fosita occipital, para producirle el letargo, y luego la hipnosis por el reflejo del vértice.

Aunque no debia temer supercherías de mi enferma, es bueno desconfiar de las histéricas, y para convencerme de la verdad de su estado me valía de los reflejos por la excitacion sumamente ligera de los músculos faciales, y con arreglo á los cuadros de Duchenne de Boulogne, la exitacion

del frontal, producia por la contraccion el movimiento de la atencion,—la excitacion de la mejilla, en el sitio del zigomático mayor, el movimiento de la risa sardónica, la del superciliar, el del dolor, y tocando la apófisis mastoides, conseguia la contraccion de la oreja por la excitacion de los músculos auriculares rudimentarios. Un soplo sobre la piel de la mano producia una rigidez que solo desaparecia por una excitacion análoga. La sujestion, ó un soplo suave en el rostro bastaba para despertarla.

Las sesiones duraban al principio media hora, y despues, con motivo de las esperiencias que inicié, tuve que prolongarla una vez hasta cuatro horas, observando naturalmente el mayor cuidado.

IV

Durante el sueño hipnótico desaparece la voluntad y la personalidad consciente. Pero no se produce el autómata como en la catalepsia; es un nuevo «yo sonambúlico con su caracter, sus aversiones y preferencias» (Binet y Feré).

En medicina legal este estado ha sido muy discutido, bajo el punto de vista de la responsabilidad. Foderé la admite y Hoffman, el célebre profesor de Medicina Legal de Viena, parece inclinarse en igual sentido. Liegeois y Berheim, de la Escuela de Nancy, afirman haber tenido éxito todas las veces que han querido obligar al hipnotizado á firmar un testamento ó una donacion; pero no se ha probado que una vez despierto fuera á su escribano á estender la escritura (Brouardel).

Durante el letargo es inerte, insensible, está del todo abandonado á su hipnotizador, y se le puede aprovechar como se quiera;—pero en el sonambulismo las sugestiones contrarias á sus instintos ó á sus afecciones no parecen tener éxito. «Conseguireis fácilmente, con algunas insistencias, dice Brouardel, hacerle firmar un vale, por ejemplo; pero no lograreis jamás de una mujer cosa con-

traria á sus instintos de pudor, si es que aun los ha conservado». (1)

Si se insiste, parece luchar penosamente consigo misma, y cae en alguna crísis nerviosa.

Antes de pasar adelante examinemos este fenómeno. Dos estados se producen en el cerebro durante el hipnotismo: la anemia y la debilidad mental—débil para la concepcion, pero excitable para la reaccion,—y por causa de estos estados la funcion cerebral se convierte en funcion medular.

Se sabe que en el estado fisiológico la médula preside á todos los reflejos: es esencialmente diferente de la del cerebro, absolutamente inconsciente y puramente mecánica (Marshall Hall). A todas las exitaciones escéntricas la sustancia gris de la médula reacciona inmediatamente por medio de los nervios motores: se respira, sin tener necesidad de recurrir á la volicion para ese acto, porque basta la exitacion del ácido carbónico en las vesículas pulmonares, para que esa impresion trasmitiéndose por el neumogástrico al bulbo constituya la necesidad de respirar:—una irritacion cualquiera de la conjuntiva, hace cerrar los párpados por via refleja ántes de todo impulso voluntario. A medida que se desciende en la série animal, la conciencia espinal es mayor (Herzen), desde el hombre hasta el amphioxus, que es el último de los vertebrados.

El hábito dá á la médula la facultad de movimientos mas complicados, como el de la defensa, en la rana sin cerebro. Actos cuya coordinacion han requerido una larga atencion y ejercicio, llegan á tomar el carácter de movimientos puramente reflejos (Kuss), como el del hombre que escribe, ó del pianista que ejecuta un trozo pensando en otra cosa. Regnard cita el caso de aldeanas, que despues de un largo dia de trabajo, se dormian profundamente y continuaban tejiendo, sentadas, con todos los movimientos normales,—y el no menos curioso de los caballos de los ómnibus de París que de noche rumian y caminan dormidos. En el aprendi-

(1) *Gazette des Hopitaux*, Nov. 8—1887.

zaje del canto, se empieza ejercitando á respirar de cierto modo, y despues, una vez fijado en el cerebro, el acto es de inconsciencia cerebral, por el hábito, como un reflejo medular.

Espontáneamente el cerebro no cumple movimientos reflejos: todos sus actos son conscientes y coordinados, pero por accion de la memoria, el recuerdo de los hechos pasados se grava en sus células íntimamente. En una conversacion, cuando no existe una influencia accesoria que la modifique (intencion, juicio), la respuesta es siempre correspondiente á la pregunta: se contesta por lo que se sabe, sencillamente, y si se modifica, es porque intervienen las múltiples variaciones de la concepcion. Durante el discurso, el orador, expontánea ó premeditadamente, emite la frase: hay al mismo tiempo recuerdo, coordinacion y concepcion, y todas las facultades, con maravillosa amplitud y con sus propiedades múltiples y complejas, se asocian para responder al asunto. El cerebro se congestiona: la sangre circulando rápida mantiene á la célula viva, en tension.

En todos los actos las facultades cerebrales corresponden al asunto del momento, en la mímica y en la espresion: la música que agrada dá al semblante una espresion placentera; tanto como deprime moralmente la música que se prolonga ó el ruido que incomoda. La vista de un objeto despierta recuerdos y sensaciones naturales—y de una manera general se acepta que todos nuestros movimientos instintivos son resultados del hábito. Los gustos estéticos se acentúan más en unos que en otros, y las simpatías ó repulsiones primeras responden á una idea anterior. La presencia de una persona bien constituida con los atributos del vigor y de la juventud nos hace instintivamente una impresion agradable, ejerce una influencia saludable, y esta accion tónica de los individuos bien constituidos ha sido utilizada en algunos hospitales de Inglaterra, donde se escojen para enfermeras á las jóvenes más bonitas (Feré). Las ideas oidas, las actitudes y los gestos despiertan al espíritu tendencias correlativas.

Lentamente el cerebro vá adquiriendo una fórmula particular para su manera de reaccionar, segun su educacion, segun su instruccion ó el medio en que se ha desarrollado para constituir sus movimientos naturales. Se sabe cuánta es la persistencia de la tendencia delictuosa en los individuos cuya conformacion craneana presenta los caractéres retrógrados que lo aproximiman al tipo primitivo (Lombrosso), al individuo de la raza de Cro-Magnon. En los que no tienen la concepcion móvil, por pereza hereditaria del espíritu ó por conformacion anormal de las circunvoluciones frontales, ó en los que por su profesion se ven obligados á la misma tarea muda, manual y cuotidiana, sus reacciones intelectuales á las impresiones y sensaciones adquieren un carácter de igualdad inalterable. No tienen ideas nuevas, su imajinacion evoluciona constantemente en un círculo muy estrecho, y sus conversaciones tienen ese sello de monotonía, tan fastidioso y tan general. Se acostumbran á referir con las mismas palabras, con los mismos giros, incidentes triviales de su vida pasada, sin agregar novedad ni á la descripcion ni al asunto: los viejos suelen dormirse al referir calmosamente hechos de su juventud, sin variar la forma de cuarenta años atrás.

Para todos los actos el sensorio se educa y responde á su manera.

«Una série de cambios psíquicos, acompañada de la memoria, de la razon y el sentimiento, cesa de ser consciente, racional y emocional desde que está sólidamente organizada, debido á frecuentes repeticiones. Memoria, razon, sentimiento y voluntad desaparecen juntos, á medida que la reproduccion habitual de la misma série de cambios psíquicos los vuelve automáticos» (Spencer).

V

En el sueño como en el hipnotismo las elaboraciones sensoriales son trabajos involuntarios del espíritu, incoherentes ó maquinales. El cerebro queda anemiado, la con-

ciencia abolida y los movimientos queridos, cuando no son imperfectos, responden siempre á hábitos anteriores.

Durante el sueño se producen algunos movimientos coordinados, como el cambio de posicion ó el movimiento del brazo por la picadura de un insecto, pero siempre por idea preconcebida; y en la incoherencia de los ensueños, la célula despierta no parece sinó repetir impresiones anteriores, confusamente, sin ninguna asociacion, ya que sólo un grupo celular queda velando. En un grado más avanzado, en el sonambulismo, que es el automatismo, el sueño se estiende á la percepcion, pero no á la concepcion (Regnard).

Brown-Sequard esplica la hipnosis y la hiperexitabilidad neuro-muscular del letargo, por los fenómenos de inhibicion y dinamogenia. La inhibicion es el detenimiento, la suspension, la cesacion ó la desaparicion momentánea ó constante de la propiedad normal ó mórbida de un centro nervioso (1). La hipótesis de Luys sobre el cerebro daría mejor esplicacion. Luys admite diferentes capas en la sustancia gris cerebral: la más superficial presidiendo al sensorio comun, la media á las diversas facultades del entendimiento y la otra á la trasmision de la voluntad por los nervios motores, de manera que con la supresion funcional de una de estas capas quedaria esplicado el fenómeno hipnótico. Pero la teoría de Luys ya no es admitida por la mayor parte de los fisiólogos.

Herzen establece centros sensorio-motores en los que la conciencia individual, la percepcion rudimentaria, el gérmen de inteligencia y la volicion de las reacciones, están sometidas á condiciones idénticas á las que gobiernan la intensidad de la conciencia espinal, pero sin que esté reducida á un mecanismo automático completo. En los centros corticales, por el contrario, establece la conciencia inteligente, la nocion clara de las relaciones del individuo con los objetos externos, de donde resulta el carácter intencional, francamente volitivo de las reacciones.

(1) *Recherches experimentales et cliniques sur l'inhivition et la dyna-*

La teoría de Herzen tiende á establecer vastas delimitaciones cerebrales, hipotéticas, que no han sido demostradas experimentalmente.

No debe dudarse de que el fenómeno que ocurre es la interrupcion de muchas de las facultades del entendimiento, cualquiera que sea su localizacion. En el hipnotismo no existe ni la suspicacia, ni el criterio, ni la sagacidad, ni la desconfianza, ni la voluntad, y la memoria no está asociada á ninguna de esas facultades. Existe la percepcion, fija en la célula, pero la concepcion es automática, refleja, y no tiene el conocimiento perfecto que forma la prevision en virtud de la experiencia adquirida. El cerebro reacciona á las exitaciones exteriores de la manera más habitual, pero inconscientemente. Responde á dos de los estimulantes de A. Bain, á los físicos y á los psíquicos; pero es incapaz para el tercero, para la reaccion enérgica y expontánea de los centros nerviosos.

La perceptibilidad, sí, es muy superior á la del estado normal. Esta sensibilidad, esquisita al más alto grado, la ha demostrado recientemente Luys por medio de los medicamentos á la distancia. Basta colocar en la mano del sujeto, ó aproximarle un medicamento activo, para que la accion de este medicamento se haga sentir inmediatamente: con el alcohol se produce la embriaguez, con el ópio el sueño, característico pero corto, con la pilocarpina el sudor y la salivacion, con la apomorfina el vómito sin esfuerzos, con la ipecacuana el vómito con náuseas, con la valeriana la sedacion y con el agua del laurel cerezo las manifestaciones más curiosas del éxtasis religioso.

«En otras circunstancias, dice Luys á la Academia de Medicina de Paris (Sesion del 30 Agosto), segun la naturaleza de las sustancias en accion, he podido suscitar otro órden de emociones: escenas de robo, de asesinato y evasion. Hasta ahora he obtenido reacciones semejantes en los mismos sujetos con sustancias análogas. Pero no hay que deducir que una sustancia cualquiera que ha suscitado en un sujeto escenas de robo ó de asesinato, sea apta para determinar en otro sujeto que tiene otros hábitos de espíri-

tu, que vive en otro medio social, reacciones de la misma naturaleza. Ellas varian segun el terreno en que se opere.»

Aunque estas experiencias han sido repetidas por Decle, de Rochas, Dufour y Chazarain, la accion de los medicamentos á la distancia ha sido puesta en duda por Bergeron y Brouardel, y negada terminantemente por Constantin Paul y Bucquoy en la Sociedad de Terapéutica (sesion del 16 de Noviembre 1887).

Fenómeno de la sensibilidad aun más notable, es el recien revelado por los profesores Bourru y Burot con los metales. La aproximacion al sujeto en experiencia, de una barra de oro ó del tubo de un termómetro de mercurio, determinaba no sólo una sensacion insoportable de calor, sinó la quemadura misma, con flictena.

La plata es inofensiva. El yoduro de potasio produce bostezos y estornudos, y bajo la accion de una corriente de hidrógeno, el individuo experimentaba una risa espasmódica y su fisonomía adquiria la espresion de la satisfaccion voluptuosa.

Ya Braid habia observado que en el hipnotismo los sentidos adquirian una suceptibilidad extraordinaria: la potencia auditiva era casi doce veces mayor, el olfato muy exaltado y tambien la sensibilidad térmica y táctil.

En un estado de la hipnosis, más que en el individuo despierto, la vista de un movimiento ó la espresion de un gesto determina la necesidad de reproducirlo, de donde se deduce que *la idea del movimiento es ya el movimiento que comienza.* No es que haya mayor atencion, lo cual contribuiria á aumentar ese movimiento, sinó mayor automatismo.

Una pregunta cualquiera sujiere naturalmente una contestacion correlativa al hábito ó á la instruccion del individuo; pero mientras que en el estado normal esta debe sujetarse á ciertas conveniencias intencionales, en el hipnotizado la respuesta es inocente, cándida, tal como sencillamente corresponde. La pregunta en este caso, es la exitacion que se trasmite por el nervio auditivo al bulbo

y de allí por las fibras de los pedúnculos á las células de la cortesa gris, que reacciona á su modo, pero pasivamente, á la manera de cualquier movimiento instintivo. Si la excitacion es visual, la impresion se trasmite por el nervio óptico. Mesnet despertaba á su enfermo la idea de un incendio, iluminando de pronto su habitacion, y el contacto de una lapicera le sujeria la idea de escribir. En un momento en que la elaboracion psíquica no está sometida á la voluntad ni á ninguna de las funciones reguladoras del cerebro, la credilidad es más completa, y esa propiedad del cerebro en virtud de la cual la mayor parte de los individuos se dejan influenciar por una afirmacion, es una verdadera causa incitante (Bottey). La imitacion, que es un modo de credilidad, es inherente al hombre. «El niño cree lo que se le cuenta, dice Bernheim, pero la esperiencia de la vida, el hábito de rectificar los errores diarios que se nos quiere imponer, debilita poco á poco esta credulidad nativa. No obstante, sobrevive siempre en cierto modo . . . . decid á alguno: teneis una avispa en la frente, y maquinalmente se golpeará; hay personas que hasta llegan á sentir la picadura.» Para Maudesley, el hombre no dejaria de ser mejor máquina intelectual con la conciencia que sin ella.

Repito las experiencias clásicas, y de pronto digo á mi paciente que está en estado cataléptico: — «Un tigre se acerca... huyamos!» Su rostro adquiere una espresion de terror y pretende escapar. Le presento un libro, lo toma en sus manos y parece leerlo. Es católica: le acerco una imájen que ella adora, y al instante adopta una actitud de recojimiento y balbucea un rezo. Le digo que hay frío y empieza á tiritar. Es el estado más completo de la credilidad, menos que la conciencia de un niño; la mente no elabora, percibe y obra segun su memoria, porque toda sensacion es inmediatamente seguida por la representacion de muchas otras pasadas. La actitud siempre corresponde á la insinuacion del asunto: los psicólogos admiten que la idea del movimiento es ya el movimiento que empieza, de manera que la accion tiene que seguir á toda idea

(sujestion) suficientemente intensa. Cuando una exitacion cualquiera, dice Feré, es llevada sobre una parte del cuerpo, por limitada que sea, resulta, debido á la continuidad del protoplasma, una modificacion universal del estado vibratorio y de la sensibilidad del sujeto. Toda exitacion, toda representacion mental hace vibrar al unison el sistema nervioso entero y resulta un estado dinámico especial.»

Durante el letargo, los músculos se contraen por causa de la falta de accion cerebral y de la independencia medular. Durante el hipnotismo, las vibraciones celulares no obedecen sinó á una reaccion pasiva y normal, y todas las elaboraciones sensoriales son inconscientes.

Conversando con mi histérica, la veo de pronto levantarse, vá á las piezas interiores, y al poco rato vuelve—«Que ha ido á hacer», le pregunto,—«A traer un pañuelo,» me contesta sin vacilar. Sospecho una mentira y la hipnotizo: reitero mi interrogacion, pero me responde de otro modo, impúdicamente. Ha respondido esta vez la verdad, porque la voluntad ha desaparecido en ella para ocultar y el criterio para disimular.

El Dr. Bellanger refiere el caso de una mujer separada amigablemente de su marido, que en las crisis repetidas del sonambulismo, hacia á su médico confesiones y declaraciones que no las repetía despierta, porque era honrada

Para esquivar una respuesta, para decir una mentira ó para una manifestacion expontánea cualquiera, se requiere una coordinacion mas compleja, y en el hipnotizado esa coordinacion no existe: no tiene ni la libertad ni la expontaneidad psíquica.

Existen casos, como el referido por Azam sobre el desdoblamiento de la personalidad, en que la sujeta diariamente pasa por dos estados: uno de presion del espíritu, de calma y de tristeza—es su estado normal; en el otro, de brillo intelectual, de alegría y movimiento: es el anormal, y durante cada uno de estos estados las manifestaciones de su vida son completamente distintas. En el hipnotizado esta actividad intelectual es fácilmente des-

pertada y el sujeto refiere con admirable claridad los hechos de su vida pasada;—pero no podría de manera alguna referir una historia ni hablar un idioma que jamás ha oído. Como en todos los casos, y por causa misma de su mayor excitabilidad, la vibracion de los grupos de células cerebrales es siempre correspondiente á la influencía que despierta la actividad de esas células, sin las facultades accesorias de razon, juicio, voluntad y criterio. Es como en los reflejos medulares, en que la exitacion de un centro determina el fenómeno correlativo, siempre.

Pido á mi hipnotizada diga una poesía que ella recuerde, y la dice;—pero cuando insisto en que la modifique de alguna manera, no sabe hacerlo; la ideacion es imposible, y la repite en las otras sesiones con igual sentido, sin variar ni una palabra. Y sin embargo, despierta, es capaz de darle nuevo giro. Cuando le pregunto en que piensa, siempre me contesta que en nada; esta en la completa inercia psíquica.

Tampoco puede disimular. Sigo las leyes de Vulpian sobre la influencia de las impresiones en el iris, y le sugiero la presencia de una víbora en sus faldas ó le digo que pronto vá á morir, y al instante, bajo la influencia del terror ó de la emocion depresiva, su pupila se dilata. Se contrae bajo la influencia de sensaciones exitantes, como la cólera.

Pero si le hago aspirar asa fétida ó amoniaco sin darle cuenta de mi accion queda impasible.

VI

Esta obnublacion de la conciencia durante la hipnosis es seguida de otro fenómeno: el olvido completo de los hechos, despues de vuelto á su estado normal; pero recuerda durante su sueño todas las circunstancias de una sugestion hipnótica anterior. Puede esplicarse este accidente no como una dualidad intelectual, sino como una fijacion celular imperfecta ó una hipnosia incompleta.

Seria quizá solo aplicable al pequeño hipnotismo ó á la fascinacion de Bremaud.

Durante el sueño hipnótico el cerebro pasa por el estado de inhibicion mental : es el estado pasivo, susceptible de de la mayor actividad relativa, pero incapaz de la coordinacion, como en ciertos estados patológicos, en la anemia por ejemplo, en que por causa de esta debilidad, las excitaciones repercuten mas violentamente en el sistema nervioso.

En la hipnosis la circulacion cerebral disminuye, y como en todo órgano mal nutrido, el funcionamiento normal es incompleto; de ahí que, si puede vibrar por su vitalidad propia, es incapaz, por causa de la integracion insuficiente de los materiales que necesita, para una funcion normal. Se sabe que en la edad adulta, cuando el cerebro está mas bien alimentado, es precisamente la época en que la memoria alcanza su mayor lucidez. Luego, en una edad mayor y á medida que se acerca á la vejez, esta facultad disminuye : los viejos recuerdan los hechos de su juventud pero no los recientes, porque ha disminuido la irrigacion sanguínea y hay menor actividad en lo que constituye la asimilacion y desasimílacion cerebral. En la convalescencia de las fiebres, como en todo estado débil, es notable la debilidad de la memoria. La enfermedad de Krishaber, la neuropatía cerebro-cardiaca que ya he citado, y que produce un estado peculiar de la inteligencia, es causada por una alteracion repentina en la nutricion de los centros sensoriales.

Como durante el hipnotismo la actividad cerebral queda agotada, sucede que al despertar, la paciente experimente una sensacion de fatiga intelectual, la inaptitud para seguir una conversacion, la necesidad de reposo, conjuntamente con la exitabilidad moral, como despues de un largo trabajo mental. Todo lo contrario que despues del sueño natural.

El cerebro es uno de los principales focos del calor, y como en el músculo, la célula cerebral oxida el material nutritivo sin experimentar una pérdida sensible. Esto es

lo que constituye su ley física: durante la actividad funcional de esos elementos aparece la conciencia, y se puede decir que ese estado está ligado exclusivamente á la faz desintegrativa de los actos nerviosos centrales.

La célula no asimila ese material nutritivo, pero se aprovecha de él por un mecanismo íntimo imposible de determinar, para fijar una idea ó una impresion. Schiff ha demostrado que el desprendimiento de calor en los centros nerviosos, es tanto mas considerable, cuanto que la impresion recibida atrae mas vivamente la atencion.

Para comprobar esta combustion cerebral incompleta durante la hipnosis, procedí a anális urinarios muy detenidos, á fin de investigar el aumento ó disminucion de las combustiones durante el sueño hipnótico. Aproveché la oportunidad de poder realizar los experimentos con la mayor exactud para evitar todas las circunstancias que pudieran falsear mis conclusiones. Una vez normalizada la alimentacion, ensayé estos dos estados:

Primer dia: Quietud muscular—Actividad mental continuada, por el ejercicio de la memoria y la resolucion de problemas aritméticos. El resultado, por las reacciones del hipobromito de soda y el nitrato de urano, fué el siguiente: orina ligeramente amarillenta 950 gr.—urea 12.50 por mil—ácido fosfórico 1.10.

Segundo dia: Quietud muscular y mental. Sesion de hipnotismo, prolongada una vez hasta cuatro horas, sin hacer pasar nunca á la experimentada al estado cataléptico y tratando constantemente de exitarle el espírítu por medio de sujestiones que le impresionaran ó pusieran en movimiento su memoria. El resultado fué: orina clara 990 gr.—urea 11 gr.—ácido fosfórico 1.05.

Este fué el término medio de los resultados en seis experiencias, en una de las cuales fué completamente contradictoria.

Luego la urea, que casi siempre representa el último término de la combustion normal de los albuminoides, y que aumenta con el trabajo nervioso, habia disminuido así como los fosfatos.

No presento esto como una conclusion terminante, y algunas circunstancias, como la de la actividad mental contínua del primer dia, é inversamente el descanso del segundo, podrian haber influido mas poderosamente. Faltaría sobre todo medir la cantidad de colesterina que se vierte con la bílis en el intestino, y cuya eliminacion está en razon directa de la actividad nerviosa (Flint). Por otra parte, no se trata sinó de una sola série de experiencias, pero la prosecucion de ensayos análogos y mas completos, si confirman este primer resultado, podrian darle gran autoridad.

Aunque el olvido de las sujestiones mentales es habitual no debe comprendersele de una manera absoluta. Mesnet ha conseguido provocar el robo de un reloj, y Regnard cita el caso de otro individuo que cometió un robo en pleno sonambulismo. Es indudable que en los dos casos citados y en muchísimos otros análogos, se realizaba el hecho en la vigilia, porque existía ya en el individuo una tendencia delictuosa.

En medicina legal se ha investigado mucho para dilucidar este punto y la mayor parte de los autores parecen estar acordes en admitir la responsabilidad. Es fácil en realidad, demostrar durante la hipnosis sí la sustraccion fué con intencion de robo, ó solamente por una preocupacion cualquiera.

Recientemente en Paris una mujer fué acusada de haber robado 500 francos de la caja de su patron, con fractura, por medio de un corta-fierro. Llevada á los Tribunales, é hipnotizada, repitió la misma escena de la fractura y señaló el sitio en que habia depositado el dinero.

En un caso semejante citado por el Dr. Dufay, la delincuente, acusada de haber sustraido las alhajas de su señora, protestaba de su inocencia, y durante el sonambulismo provocado manifestó que su intencion habia sido únicamente conservarlas mejor en un mueble próximo. Verificado el hecho así se probó; pero despierta no conservaba el menor recuerdo de su accion.

A pesar de todo, como el estado psíquico de los sonám-

bulos no es aun suficientemente conocido (Ladame) nó se puede establecer una regla fija.

El profesor Pitres, de Burdeos, ha demostrado que durante el sueño hipnótico, los sonámbulos se resisten á las insinuaciones para repetir delitos que han cometido durante el sonambulismo.

En lo que se refiere á las sujestiones durante el hipnotismo de hechos á realizarse en el estado normal, la experimentacion no ha llegado á un resultado positivo, y teóricamente es demostrable que siendo aquel un estado mental imperfecto, las impresiones no se fijan ó se fijan mal, por la anomalía de la memoria. Digo á mi hipnotizada que al dia siguiente me reciba con un ramo de flores, y efectivamente así lo hace, pero cuando le pregunto por qué me ofrece ese ramo, no sabe esplicarse y cuando le he hecho sujestiones análogas, en otra forma, casi siempre ha obedecido, pero sin poder darse cuenta del impulso que la hace obrar así. Semejaría en cierto modo á la cerebracion inconsciente de Carpenter, á no ser que se esplicara por el hecho del pequeño hipnotismo, en el que, el sueño no es absoluto.

Esta obediencia post-hipnótica ha tenido sus escepciones cuando he provocado en mi hipnotizada, actos que debian serle desagradables. Otras no obedecen á ninguna clase de sujestion post-hipnótica.

Se deduce entónces la consecuencia de que no debe contarse fijamente con la reaccion durante el estado normal de las sujestiones en la hipnosis.

Ademas, la funcion cerebral tiene forzosamente que variar en la hipnosis ó en el sonambulismo, ya sea por el mayor grado de la inhibicion mental, sea por el detenimiento momentáneo del segundo centro hipotético de Herzen, ó por causa de la irrigacion sanguínea insuficiente, que impide durante un instante la íntegra fijacion celular de la impresion recibida.

Luego, cualquiera que sea la teoría que se admita, el resultado final corresponderá siempre á la intensidad de la causa, y esta es á menudo variable, como ha resultado

de las experiencias clásicas, esperimentales, de la Escuela de la Salpetrière.

VII

Considerando en último término todas estas cuestiones, se nota que el peligro contra las sociedades no existe precisamente, ni en el sonambulismo ni en la neurosis provocada del hipnotismo. El delito nace del estado mórbido, que empieza con las neuropatías y se propaga en el histérico, caracterizado por la profunda perversion de sus facultades afectivas y las anomalías del sentimiento moral. Y el histérico es el sonámbulo, á menudo, ó el hipnotizado, con el cerebro pronto por la larga costumbre del mal, para reaccionar en igual sentido. Entónces, expontáneamente por el hábito, en él, el mal es posible, y si el hipnotismo puede determinardo tambien, no es tanto porque conserve despues un recuerdo vago en su cerebro estraordinariamente débil, sumiso y exitable, sinó porque está bien preparado, prodispuesto para reaccionar así, ya que se trata de una funcíon puramente espinal, automática. En una naturaleza buena, ante una sujestion contraria, el instinto se rebela, la reaccion consiguiente se vuelve penosa ó imposible.

La excitacion no encuentra el centro cerebral exitable. Por eso sin duda los grandes autores van poniéndose de acuerdo para admitir la responsabilidad.

En un órden de ideas análogo, debido á las investigaciones antropológicas, se ha demostrado que en el criminal instintivo, existe casi constantemente, ó bien la conformacion retrógrada del cráneo, determinado principalmente por el aumento del índice cráneo-mandibular y la disminucion del índice céfalo-orbitario, que lo aproxima al tipo primitivo con todas sus tendencias abominables y bestiales,—ó bien las alteraciones mórbidas del cráneo, caracterizadas por la lesion de las meningeas (Flesh) ó la pigmentacion de las células nerviosas (Golgi).

El hipnotismo y la antropología descubren á estos pre-

dispuestos y constata que unos y otros son peligrosos, no porque sean malos sinó porque son enfermos. Ya está admitido que el epiléptico no debe escapar á esta ley.

En la responsabilidad del hipnotizado se admite que preexiste la idea del delito, (Pitres) y bajo el punto de vista médico-legal, el sonámbulo criminal debe encontrarse en las condiciones del alienado criminal (Ladame). Si la sujestion criminal durante la hipnosis es posible, debido al recuerdo vago ó instintivo que puede quedar de una sujestion, no debe atribuirse en definitiva sinó á dos estados particulares : á la credilidad de un cerebro eminentemente excitable, sin voluntad, y á la preparacion de ese cerebro para una sujestion acorde á sus tendencias anteriores.

Por su credilidad absoluta para ciertas sujestiones, al punto que toda la mente se reduce á veces á esa sola facultad mental, el cerebro se vuelve espinal é inconsciente. Y entonces, la conclusion se desprende.

En cuanto á las reacciones espontáneas durante la hipnosis, debe quedar establecido que la libertad psiquica desaparece, que á todas las excitaciones el cerebro desciende á las cualidades del reflejo espinal, y que las particularidades de su reaccion son siempre correspondientes á un hábito anterior.

DIÓGENES DECOUD.

BIBLIOGRAFÌA

Archives de l'anthropologie criminelle.
Ball—*Leçons sur les maladies mentales.*
Bain—*Les sens et l'intelligence.*
Bernheim—*De la sugestion*—1884.
Bourru et Burot—*La suggestion mental.*
Bottey—*Le magnetisme animal.*
Beaunis—*El sonambulismo provocado.*
Binet et Feré—*Le magnetisme animal.*
Cullere—*Magnetismo é hipnotismo*—ed. esp. 1887.

Ch. Feré—*Sensation et mouvement.*
Gazette hebdomadaire de medicine et chirurgie—1882.
Gazette des Hopitaux—1887.
Herzen—*Le cerveau et l'activite cérébrale.*
Ladame—*La Nevrose hypnotique.*
Legrand du Saulle—*Les hysteriques.*
Lombrosso—*L'homme criminelle.*
Luys—*Le Cerveau et ses fonctions.*
Maudesley—*Physiologie de l'esprit.*
Mesnet—*De l'automatisme de la memoire et du souvenir.*
P. Regnard—*Magnetisme.*
Revue philosophique—vol. II—1876.
Revue Scientifique—1887.
Riches—*Etuder cliniques sur l'hystero-epilepsie.*
Richet—*L'homme et l'intelligence.*
Semaine Medicale—1886-1887.
Spencer—*Principes de psycologie.*
Taine—*De l'intelligence.*

SUTURA DEL NERVIO MEDIANO

La importancia que reviste la sutura nerviosa, tanto bajo el punto de vista fisiológico como para la clínica, hace que vuelva sobre este mismo respecto nuevamente.

He tenido ocasion de ver operar por tercera vez al Dr. Tillaux una division del nervio mediano siendo este el tercer caso de feliz resultado que obtiene este cirujano, en el presente año; hechos de esta naturaleza que la fisiología y la clínica habian negado hasta hoy deben ser constatados en todas partes, pues hoy no puede admitirse el profundo error en que nos hemos encontrado hasta el presente, al decir que la sutura nerviosa si bien es practicable, no produce resultados favorables. El Dr. Tillaux demuestra hoy que la sutura no solamente puede volver la sensibilidad á la porcion de miembro privada, sino que si la operacion está bien hecha, necesariamente tiene que producirse la restauracion de la sensibilidad per-

dida, de idéntica manera que la union de las dos estremidades de un electrodo cortado restablece el pasaje de la electricidad.

El Dr. Tillaux cuenta hoy dia con un número ya considerable de enfermos, en que el hecho, apesar de oponerse en un todo la fisiología, se ha producido, é individuos en quienes la sensibilidad del nervio mediano habia desaparecido por completo, la sutura de este nervio ha traido nuevamente la sensibilidad perdida. El hecho existe y lo demuestra la clínica, toca ahora á la ciencia esperimental explicar el fenómeno. El fisiologista Laborde que ha sido tambien refractario á esta teoría, hoy dia se encuentra solo y en contra de todos los fisiologistas, porque admite el hecho; él ha constatado los casos operados por el Dr. Tillaux los cuales fueron examinados por el mismo esperimentador, antes de que se llevara á cabo en ella el procedimiento operatorio.

El resultado operatorio, confirmó en todos los casos, el restablecimiento de las propiedades del nervio, perdido á causa de la interrupcion en un punto cualquiera de su trayecto.

Estos hechos clínicos mostrados por el Dr. Tillaux, han producido en la Academia de Medicina el asombro de todos; habiendo muchos de ellos puesto en duda la veracidad del hecho, mientras que otras ven este hecho y los resultados dados por la fisiología esperimental un hecho contradictorio.

La casualidad ha querido que los tres casos operados desde el mes de Agosto hasta el presente por el Dr. Tillaux, hayan pasado bajo mi exámen; influenciado por la lectura de las obras clásicas de fisiología esperimental, aceptaba como un hecho demostrado por la clínica y la experimentacion, la imposibilidad de la restauracion nerviosa completa y la vuelta de las funciones perdidas en la division de un nervio, fuere este sensitivo ó motor; hoy, que tres casos han venido á demostrarme un hecho completamente opuesto, he desechado aquella idea puramente teórica, para reemplazarlo con un hecho clínico, que si

bien es contrario en un todo á lo que hasta hoy se sabia sobre continuidad nerviosa, tiene en su apoyo el caso particular, en que existiendo la falta de continuidad nerviosa, una sutura ha restablecido esta continuidad y juntamente con ella las funciones perdidas.

Hoy despues de los casos operados por el cirujano del Hotel Dieu, ninguna duda me cabe de la realidad del hecho, á punto de creer, que jamás se haria la buena cirujia, si existiendo la pérdida de funciones nerviosas por causa de una division nerviosa, no interviniere esta para suturar el nervio cortado y traer á la rejion paralizada sus funciones de antes.

La operacion está exenta de todo peligro; heridas que tienen por objeto la sutura nerviosa son practicadas con toda proligidad y si la antisepsia es bien dirigida siempre habrá la seguridad de que ella curará por primera intension; no debe pues, ser un inconveniente para no practicarla el pensar en un accidente provocado por la operacion.

El caso que vamos á referir es un ejemplo evidente del triunfo de la cirujía nerviosa.

Emilio Becherel, de 23 años de edad, de buena constitucion, de temperamento sanguíneo y de profesion artista pintor, hace tres meses tuvo un accidente que hizo que cayese sobre unos vidrios y estos provocaran una profunda herida de la region anterior del antebrazo; la masa muscular de esta region fué casi completamente dividida, habiendo tenido inmediatamente del accidente grandes pérdidas de sangre; la intervencion de un cirujano en este caso hizo cesar estos accidentes y el enfermo curó de su afeccion á punto de recuperar completamente todos sus movimientos.

Las perturbaciones nerviosas se presentaron desde el primer momento, notando el paciente que sus dedos pulgar, índice y mayor, no sentian de idéntica manera antes y despues de su profunda herida; este síntoma que en un principio no incomodaba al enfermo, se fué haciendo cada vez mas incómodo, sobre todo en instrumentos en que

desempeñaba sus funciones de artista pintor, el pincel colocado entre sus tres primeros dedos y tomado como pluma de escribir, no era sentido por el enfermo, teniendo que mirar á cada instante su mano para cerciorarse de que realmente tenia entre sus dedos el medio de que se servia. Estos fenómenos ni disminuian ni aumentaban en sentido de la percepcion, siendo por el contrario idénticas desde el primer dia en que nuestro enfermo se apercibió del fenómeno. Esta pérdida sensitiva no preocupaba mucho á nuestro enfermo y fué solamente despues de tres años de haber recibido su herida, que se decidió en demanda de la cirujia como medio de aliviar su fastidiosa insensibilidad.

Despues de dos años de padecer de su afeccion, el paciente empezó á notar que su mano enflaquecia, sobre todo en su region tenar; fué este síntoma mas que su perturbacion sensitiva que hizo que recurriera en busca de medios para recuperar sus funciones perdidas; era el 10 de Enero cuando el enfermo entró al Hotel-Dieu. Cuando examinamos nuestro enfermo, notamos una gran cicatriz del antebrazo derecho, en su parte media, una atrofia bien notable de la eminencia tenar, las uñas de los tres primeros dedos, deformadas, rugosas y algo cambiadas en su colocacion normal, la sensibilidad tactil y dolorosa faltaba en la extremidad de estos mismos dedos.

Era evidente que habia en este caso una perturbacion nerviosa y era el exámen completo del enfermo quien debia indicarnos, cuál de los nervios que presiden las funciones de sensibilidad y nutricion estaba afectado.

Buscada la sensibilidad por medio de la aguja se podia constatar que en la rejion anterior ó palmar de los dedos existia una carencia absoluta de sensibilidad en toda la extension de la tercera falange, una disminucion muy notable en toda la estension de la segunda y un simple retardo en la percepcion en la totalidad de la primera. Del lado de la region dorsal los mismos fenómenos con pequeñísimas variantes se podian constatar. Si representásemos estas perturbaciones nerviosas por líneas mas ó me-

nos oscuras, segun las perturbaciones que existen en las diferentes falanges de los dedos, podremos representarlas así: una línea absolutamente negra para la tercera falange, una menos oscura para la segunda; mientras que á la tercera le corresponderia una apenas ennegrecida; llevando mas profundamente nuestro exámen pudimos apreciar que la primera y segunda falange al lado interno era mas sensible que el externo, fenómeno que mas tarde nos esplicaremos.

A la temperatura los mismos fenómenos pudimos constatar, respondiendo el enfermo de idéntica manera que en las investigaciones que hicimos para buscar la sensibilidad á la aguja; el tacto presentaba una perturbacion análoga no así el dolor, pues cuando se apretaba las extremidades de los dedos, el enfermo acusaba dolor.

Empleamos el compás de dos puntas para apreciar el grado de anestesia, no siendo apercibidas las puntas en los puntos anestesiados, mientras que el enfermo acusaba la sensacion de una sola de las puntas, en las puntas semianestesiadas:

En cuanto á la motilidad, las perturbaciones que presenta son poco apreciables, los músculos responden claramente al exitante eléctrico. pudiendo el enfermo, hasta el presente, producir todos los movimientos normales á sus dedos: pero si la motilidad no se encuentra perturbada no pasa lo mismo con la fuerza muscular.

Usando en nuestro caso el dinamómetro, alternativamente en una mano y en la otra, pudimos constatar fenómenos sumamente interesantes bajo el punto de la fisiologia y de la patología de la region. Mientras que para el brazo izquierdo el dinamómetro marcaba una contractilidad muscular que hacia correr la aguja hasta 40 kilos, el brazo derecho, es decir el afectado, daba una cifra de 20 kilos, y todos conocemos la preponderancia, siempre del lado derecho sobre el izquierdo; este fenómeno debia pues responder á un fenómeno del cual nos dimos perfectamente cuenta.

Una vez que hemos mencionado los fenómenos y por

todos los medios, podemos atribuir á una sola afeccion todos ellos? Los fenómenos son extremadamente claros para que no podamos asegurar de una manera la mas afirmativa. En este caso la duda no puede existir ni un solo instante.

Analizando las perturbaciones tanto sensitivas como motrices necesariamente, llegamos á este diagnóstico: «es el nervio mediano el que está perturbado en sus funciones.»

El nervio mediano es un nervio mixto que preside la sensibilidad de ciertos puntos de la mano, al mismo tiempo que anima los músculos de la region tenar; si precisamos aun mas estos datos, veremos que este nervio es el encargado de la sensibilidad de los tres primeros dedos de la mano, y que es él únicamente el encargado de la sensibilidad de la tercera falange, mientras que es el radial y el mismo mediano quienes presiden la sensibilidad de las otras dos falanges; es por esta razon que la sensibilidad es nula en la tercera falange, mientras que es solamente disminuida en las otras dos. Las uñas se encuentran deformadas, y esto se explica porque el mediano que anima la tercera falange preside tambien las funciones de nutricion de éstas y como consecuencia de su division, estas mismas se encuentran alteradas.

En nuestro exámen para apreciar la pérdida de sensibilidad, pudimos constatar que la parte interna de los dedos era mas sensible que la externa; la distribucion del nervio radial que se extiende en direccion de la porcion interna de los dedos, es quien produce en todos los casos este aumento de sensibilidad, con respecto al lado externo que es animado por el meridiano.

Las perturbaciones sensitivas nos demuestran claramente que es el nervio mediano el que ha cesado de presidir sus funciones.

Si examinamos ahora las perturbaciones motrices, tendremos una contraprueba de lo que acabamos de presumir. El nervio mediano por su porcion motriz dá movimiento á la region tenar, es él, quien anima los cuatro

músculos de esta eminencia, y es precisamente por ser él el que anima estos músculos, que ellos se encuentran atrofiados.

Una objecion puede hacerse inmediatamente, pero que carece absolutamente de valor; si es el nervio mediano quien preside los movimientos de los músculos de la eminencia tenar y este nervio se encuentra privado de sus funciones hace ya tres años, los músculos presididos en sus funciones por él, deben necesariamente estar degenerados, y sin embargo el dinamómetro nos muestra que estos mismos músculos pueden desarrollar una fuerza de 20 kilos; cómo pues, esplicarnos esta vitalidad del músculo, despues de tres años de haber cesado las funciones del nervio que los rige? Los músculos presididos por el nervio mediano, se encuentran en este caso completamente degenerados, es precisamente esta la causa de la atrofia de la eminencia tenar y en cuanto al desarrollo de fuerza que existe aun en la mano y lo mismo en la region tenar, al punto de marcar el dinamómetro veinte kilos, es bien sencilla de esplicar: basta recordar la anatomía de la region para que la explicacion del hecho resalte en seguida.

Si la eminencia tenar, conserva aun sus movimientos casi normales y la fuerza muscular de la region conserva aun un cierto grado de fuerza, es porque en la eminencia tenar existen aún músculos, el largo flexor del pulgar y el abductor del pulgar que no son presididos por el nervio mediano y que reciben sus ramas del nervio cubital: son estos dos músculos presididos en sus funciones por el cubital los que desarrollan la fuerza que el dinamómetro nos marca por 20.

Ahora, la disminucion de fuerza comparada con la del lado opuesto. nos demuestra claramente la atrofia tenar, puesto que la mano derecha cuenta con un grupo de músculos atrofiados que son los que el mediano preside, mientras que la mano izquierda cuenta con el largo flexor del pulgar, el abductor del pulgar y mas aun con los músculos de la eminencia tenar.

Las perturbaciones pues, motrices como sensitivas, nos

demuestran claramente que es el mediano el nervio dividido. El sitio de la cicatriz está aun en su apoyo.

La operacion en este caso estaba indicadísima á pesar del tiempo del accidente; es en estos casos en que las extremidades nerviosas se encuentran deformadas; el cabo central toma siempre la forma de un neuroma, mientras que su cabo periférico adquiere la forma en punta; avivar pues las dos extremidades de ese nervio dividido y unirlos por un hilo de sutura, debia ser el procedimiento á seguir.

El Dr. Tillaux, despues de haber examinado cuidadosamente su enfermo, se decidió por practicar en este paciente la misma operacion, que en casos idénticos habian dado tan buenos resultados; la operacion fué decidida y el enfermo transportado al anfiteatro de operaciones.

Una vez cloroformado el enfermo, el cirujano hizo una incision en el sentido longitudinal del nervio mediano y se fué á buscar los cabos del nervio dividido entre los intersticios musculares; fácil fué para el hábil cirujano dar con él: la disposicion que éstos guardaban era la misma que se habia impuesto antes de proceder á la operacion: el cabo superior afectaba la forma de un grueso neuroma, mientras que el inferior tenía una extremidad delgada; la distancia que separaba un cabo del otro era de dos céntimetros próximamente, se refrescó una pequeña parte del neuroma y toda la extremidad anterior; se pasó una crin de Florencia en la forma siguiente: con una aguja sumamente fina y encorvada se atravesó la parte refrescada del neuroma, como á unos dos milímetros del punto indicado y en la direccion de arriba abajo; una vez pasado el hilo se hizo idéntica operacion con el cabo periférico, pero en sentido inverso, es decir de abajo arriba; se aproximaron ambos cabos lo suficiente unicamente para que estuviesen en contacto, y se cerró con dos pequeños nudos.

La operacion fué complementada con una prolija curacion de Lister y poniendo el brazo en la flexion: los dedos de la mano fueron dejados á descubierto para poder apreciar la sensibilidad cuando ésta viniera. La inmovili-

zacion la mas completa fué recomendada al paciente, lo mismo que al enfermero que lo cuidaba; eran las 12 del dia cuando se terminó la operacion y tres horas despues cuando se hizo el primer exámen para apreciar la sensibilidad, el enfermo al ser tocado con una aguja pronunció la palabra: je sens, como pronuncia un ciego que es operado de cataratas, la clásica expresion *yo veo*. Tres horas hacia que el enfermo habia sufrido el contacto de los dos cabos del nervio dividido y el enfermo ya sentia; era acaso que el nervío se habia suturado en ese espacio de tiempo? nada nos lleva á poder asegurar semejante cosa, antes por el contrario, toda la fisiología está en contra del hecho; en el espacio de tres horas no puede existir otra cosa entre los dos cabos, que un poco de linfa plástica interpuesta entre las extremidades; es absolutamente absurdo el pensar que pueda haber ya una proliferacion de tubos de un punto á otro y que exista por lo tanto continuidad entre ambos cabos y sin embargo de esto el enfermo sentia perfectamente no existiendo entre ambos cabos sino una simple *contigüidad*.

La teoría pues, admitida por todos los fisiologistas, de la necesidad de la *contigüidad nerviosa* para la trasmision sensitiva ó motriz, no puede admitirse en presencia de este caso, antes por el contrario tiene necesariamente que recharzarse.

La *contigüidad nerviosa*, basta para que la corriente nerviosa se produzca y que los atributos del nervio puedan, ya sean sensitivos ó motrices, producirse: el caso presente es una prueba evidente de esta afirmacion; no existen aun tubos entre ambos cabos y sin embargo la corriente nerviosa pasa de idéntica manera que en un electrodo dividido y en comunicacion con una pila, la contigüidad entre los dos extremos divididos, restablece la corriente, sin necesidad de la contigüidad en el hilo de fierro.

El mismo Dr. Tillaux ha quedado totalmente convencido de la exactitud del hecho, que no teme en afirmar que si la operacion fuese posible sin cloroformo se podria constatar en el mismo instante de haber refrescado los bordes

del nervio, que aproximando ó separando ambos cabos el uno del otro, hubiésemos obtenido la sensibilidad perdida para que ésta desapareciese en el mismo instante en que ambos cabos se separen. El simple contacto de dos superficies avivadas (nerviosas.) hasta producir el paso de la corriente nerviosa y restablecer las funciones perdidas en un nervio.

En el presente caso la sensibilidad ha vuelto á las tres horas, pero hay que tener presente que el inviduo fué cloroformado, que la accion de este no pasa en un solo instante y que las perturbaciones sensitivas restan aun muchas horas despues de haber cesado la administracion del cloroformo; por otra parte la sensibilidad en este caso particular tenia necesariamente que estar retardada en la transmision sensitiva, y lo mismo en la percepcion misma pues el individuo tenia atrofia de sus extremidades nerviosas y sus perturbaciones sensitivas databan de cuatro años atrás.

Hoy, despues de ocho dias de operacion, el enfermo tiene su herida completamente cicatrizada por primera intencion y la sensibilidad del nervio mediano es completa; sin embargo aun permanece en la inmobilizacion por temor á que los cabos nerviosos unidos ya, puedan separarse nuevamente; la extencion debe hacerse gradualmente y durante un espacio de tiempo bastante largo.

La no soldadura inmediata del nervio y por lo tanto la falta de percepcion aun varios dias despues de la operacion no tiene que desesperar al cirujano, pues la naturaleza en todos los casos hace que pequeños tubos nerviosos vaya de un cabo al otro á su encuentro para unirse y restablecer por este medio la continuidad nerviosa; si la operacion no ha dado resultado en el primer momento esta puede haber aproximado ambos cabos lo suficiente para que pueda hacerse esta segunda soldadura y restablecer entonces las funciones del nervio. El Dr. Tillaux ha observado algunos casos de esta naturaleza y es por este medio que se esplica la soldadura de muchos nervios divididos que sin haber sido suturados han recuperado nuevamente sus funciones perdidas.

Por un medio ó por otro, la operacion llega á este último resultado, la soldadura nerviosa, único medio del restablecimiento de las funciones nerviosas.

La operacion hoy dia con los medios anticépticos está exenta de peligros, de manera que nada la excusa para no poder practicarla.

Producir el movimiento á un músculo paralizado ó dar la sensibilidad á una region insensible, es el objeto de la operacion que tiene por fin, suturar los nervios.

DR. ABEL AYERZA.

Paris.

REVISTA MEDICA

ENVENENAMIENTO CRÓNICO POR EL TÉ—En el *Boston Medical and Surgical Journal,* publica el Dr. Bullard un trabajo fundado en 74 casos. Las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

1ª El té tiene una accion acumuladora.

2ª En los jóvenes anémicos y débiles es más pronunciada esta accion, si bien se observa tambien en personas bien constituidas.

3ª Para conseguir los efectos tóxicos, es necesaria una cantidad no inferior á cinco tazas diarias.

4ª Los síntomas que se notan, son: inapetencia, palpitaciones, náuseas, vómitos, dispepsia y un estado de exitacion nerviosa, que se revela en unos por histeria y en otros, por trastornos intelectuales que rayan en la manía. Por último, son tambien frecuentes, los dolores cardiacos con irradiaciones al brazo izquierdo, como en la angina de pecho.

INVESTIGACION BACTERIOLÓGICA DEL AIRE—Dice el Doctor N. Kelguish en la tésis de su doctorado, que en las experiencias practicadas desde Setiembre del 1885, hasta Agosto del 1886 ha hecho 188 observaciones de la atmósfera de varias salas nosocomiales y del aire libre, obte-

niendo 846 cultivos, de los que por término medio deduce, que contiene el metro cúbico del aire de San Petersburgo 4500 microbios. El aire exterior, es más puro en invierno, pues segun el autor, se encuentra en la siguiente proporción: 2000 microbios por 1 ^{m3}, mientras que el de los hospitales está en una mayor proporcion, 4,560 microbios por 1 ^{m3}; en verano, contenía la atmósfera de las clínicas 3,440 microbios y la libre 5,350 por metro cúbico. Estas opiniones, confirman las de Miguel, que decia, que es más puro el aire libre en invierno que en verano, al paso que sucedia lo contrario con el aire de los lugares cerrados. Tambien dan estas opiniones fuerza á las de Hesse, de Berlin, en cuanto á su mayor pureza microbiológica de las salas de medicina, que las de cirugía, siendo la proporcion de 2,606 á 3,488 por 1 ^{m3} en las dos clínicas investigadas por Kelguish. Por último, tambien resulta del trabajo llevado á cabo por Kelguish, que las chimeneas son superiores á las estufas, pues, mientras ambas atraen los microbios sólo los destruyen las primeras.

Este es el importante trabajo del Dr. Kelguish, el que segun nuestro entender es de gran entidad, opinando como nosotros, muchos y entre ellos, nuestro colega del que tomamos la noticia la *Revista de Ciencias Médicas;* creemos que siguiendo el estudio de este interesante punto de la ciencia, podrán sacarse útiles consecuencias aplicables en su día.

—

Propiedades quimico-biológicas de los microbios—Segun leemos en la *Revista de Ciencias Médicas,* el Doctor Poehl leyó en una sesion reciente de la Sociedad Química Rusa, una importante y curiosa comunicacion, la que trataba sobre estudios experimentales hechos acerca del proceso vital de distintos microbios. La formacion de las ptomainas, dice el autor, casi siempre es producida por la accion vital de los micro-organismos. Estudiando los microbios de las heces humanas, el autor observó que se presentan en los casos morbosos en los intestinos, varias

especies de microbios dotados de la propiedad de descomponer los cuerpos protéicos.

Segun Hoppe Seyler, se asemeja la accion de las bacterias sobre los cuerpos protéicos, á la de los cáusticos alcalinos, mientras que los fermentos obran sobre estos mismos cuerpos como ácidos débiles. En la accion de las bacterias y de los cáusticos alcalinos, simultáneamente se presentan los productos de oxidacion y de reduccion, explicándose este hecho por la descomposicion del agua (H. 20.) en H. O. y H. Las ptomainas pertenecen á los productos de oxidacion. Poehl ha conseguido demostrar la accion reductora de ciertos micro-organismos sobre las sustancias nutritivas que durante su crecimiento les rodean.

Ha observado, que el bacilo del cólera, el de la fiebre tifoidea y algunos microbios de las heces del pan y de las aguas del Neva, producian una reduccion marcada, mientras que el bacilo del cólera nostras la ocasionaba por no producir ptomainas.

Propone el autor, por lo tanto, para distinguir el bacilo de Koch del cólera asiático, del de Finkler-Prior del cólera europeo, emplear las reacciones químico-histológicas.

Cuando el bacilo del cólera penetra en los intestinos, produce una reductora accion sobre el núcleo que lo rodea, formándose ptomainas, cuya presencia en los casos de cólera lo han comprobado Klebs, Pouchet, Rietsch y Nicati.

Poehl cree, que la administracion de los remedios oxidantes es el mejor tratamiento del cólera, tales como el agua clorurada, peróxido de hidrógeno, permanganato de potasa, etc., pues así, las ptomainas se destruyen con otras sustancias.

—

El virus de la escarlatina—El Dr. Klein sostiene en *The Lancet* que el vírus escarlatinoso procede de la leche de vacas. Aunque esta opinion se ha omitido varias veces en forma dubitativa, solamente hácia fines del año

pasado hizo y publicó el Dr. Power algunos estudios sobre este asunto. Dicho señor habia observado que el desarrollo de la escarlatina coincidia frecuentemente con cierta enfermedad de las vacas de una fábrica de Heudon, hechos que confirmó en otra epidemia de escarlatina habida en Wimbledon, que indudablemente fué ocasionada por la leche.

Hé aquí los argumentos del Sr. Klein en apoyo de su tésis:

1° La aparicion de la escarlatina en los bebedores de leche, en una localidad dada, coincide exactamente con la aparicion de cierta enfermedad en las vacas de la misma.

El autor ha descubierto en las mamas de las vacas enfermas un *streptococcus* que, inoculado á las terneras, reproduce la misma enfermedad; las lesiones viscerales en este caso son semejantes á las que se encuentran en la escarlatina. En la sangre y en los tejidos de los sujetos víctimas de la escarlatina se encuentran este mismo *streptococcus* descubierto en las vacas de Heudon.

2° La leche de las vacas contaminadas, dada á un mono, ocasionó la muerte del animal; en la autopsia se descubrió las lesiones de la escarlatina. Los cultivos de sangre de este mono permitieron apreciar la existencia del referido micrococo. Inoculados á los animales estos cultivos, determinaban la muerte.

3° En la sangre de los escarlatinosos se ha encontrado el *streptococcus* y se ha podido cultivar en la gelatina, la patata, el suero, etc., conduciéndose en todo como el de las vacas de Heudon.

4° Experimentos comparativos de las inoculaciones hechas á los animales, ora con el micrococo de la sangre humana, ora con el de la vaca (ratas inoculadas ó alimentadas con el microbio humano y animal), produjeron siempre los mismos resultados. La mayor parte de los animales murieron: riñones, hígado, bazo, estaban congestionados; la sangre extraida de los ventrículos contenía el *streptococcus* de las vacas.

5º Se alimentó á cuatro terneras y se inoculó á otras cuatro con el vírus escarlatinoso del hombre. En todas se desarrolló la enfermedad con sus dos manifestaciones viscerales y cutáneas; era la misma afeccion que se observó en las vacas de Heudon el año anterior. Además, los cultivos de la sangre extraida de los ventrículos de estas terneras permitieron aislar un micrococo que tenía todos los caractéres del encontrado en la escarlatina humana y en las vacas de la fábrica.

Tratamiento de la difteria—En un acreditado periódico de París ha publicado el doctor Mohamed Ben Nekkach, médico de colonizacion en Inkermann, un entusiasta artículo acerca del tratamiento de la difteria por el percloruro de hierro. Aunque nuestros lectores conocen ya este tratamiento, preconizado por el doctor Aubrun, vamos á traducir la parte más importante de dicho artículo.

Este tratamiento consiste, como es sabido, en poner de 20 á 30 gotas de percloruro de hierro líquido de 30º en un vaso de agua fría pura. De esta solucion debe tomar el enfermo una cucharada grande (de madera) cada cinco minutos, de día y de noche. Inmediatamente despues de la ingestion de este medicamento da el profesor citado una cucharada de leche fría, no hervida, sin azúcar. Independientemente de este tratamiento interno aplica alrededor del cuello cataplasmas de harina de linaza, que renueva con frecuencia.

El Dr. Aubrun no hace aplicaciones tópicas sobre las partes enfermas, pero el Dr. Mohamed ha reconocido que son muy útiles y constituyen un coadyuvante serio de la medicacion interna. Estas aplicaciones, hechas solamente tres veces al día con suavidad y cuidado con un pincel de hilas imprenado en una solucion concentrada de percloruro de hierro, obran como sustitutivos sobre las partes enfermas, y sobre todo sobre las amígdalas, que por su tumefaccion obstruyen el paso del aire y de las cuales desprenden las falsas membranas—hechas friables y sin adheren-

cias—que la inexperiencia del enfermo no habría expectorado.

La importancia del tratamiento, como ha dicho el señor Aubrun, estriba en la administracion del remedio. Es preciso que la solucion de percloruro y la leche se administren, durante los tres ó cuatro primeros dias, cada cinco minutos con escrupulosa regularidad, y despues, cada cuarto de hora, mientras dure la enfermedad. Estos son, en efecto, el secreto y el triunfo de la medicacion.

Con este tratamiento ha visto al Dr. Mohamed detenerse la enfermedad desde el segundo ó tercer día y circunscribirse á las partes primitivamente afectas; las amigdalas se deshinchan, y las falsas membranas, que eran gruesas y estaban muy adheridas, se tornan parduzcas, delgadas y se desprenden con la mayor facilidad, ora con el pincel, ora bajo la influencia de un vomitivo.

A fin de evitar la descomposicion del percloruro de hierro, es indispensable hacer la solucion en un vaso y administrarla como decimos arriba. El enfermo puede tomar diariamente, sin peligro alguno, hasta 300 gotas y más de percloruro de hierro y 1 litro de leche.

En el espacio de tres años el Dr. Aubrun ha tratado por este método 39 enfermos, de los cuales curaron 35 (sólo 2 con traqueotomía).

Segun el Dr. Isnard, el percloruro de hierro tiene las siguientes propiedades:

1ª Obra directamente sobre la sangre plastificando sus elementos fibrino-albuminosos, para impedir que trasuden á través de las mucosas.

2ª Por sus propiedades astringentes, aprieta la trama orgánica de las mucosas y se opone á la filtracion al exterior de los principios albuminoideos de la sangre.

3ª Accion tónica sobre todo el organismo.

Aparte de esta triple accion tiene otra no menos evidente: es un poderoso antiséptico.

Hé aquí ahora la estadística del Dr. Mohamed:

En Tlemcen, 1882:

1 difteria faríngea tratada desde el principio ..... 1 curacion.
difteria faringo-laríngea desde el principio..... 1 —

En Duperre, 1885:

14 difterias faríngeas desde el principio..... 14 —
1 difteria faríngea desde el principio..... 1 defuncion.
3 difterias faríngeas no tratadas por este método..... 3 —

En Inkermann, 1887:

1 difteria faringo-laríngea tratada á los tres dias de haber principiado la enfermedad..... 1 —
1 difteria faríngea desde el principio..... 1 curacion.

Por causas diversas, que expone, elimina el Sr. Mohamed 4 enfermos de su estadística y se queda con 18 diftéricos, verdadera y sériamente tratados por ese método, en los cuales obtuvo 17 curaciones y 1 defuncion, que recayó en un niño de seis meses demasiado pequeño y demasiado débil para poder soportar el tratamiento.

Es tal el entusiasmo que el Dr. Mohamed Ben Nekkach tiene por el percloruro de hierro, que lo considera como un específico de la difteria en el sentido de que administrado desde el principio, segun las reglas indicadas, detiene la enfermedad en su marcha, la acantona en las regiones primitivamente atacadas, impide que se propague á las vias aéreas y que mate, ora por asfixia, ora por intoxicacion. Es de toda necesidad y de toda urgencia que el tratamiento sea instituido en lo posible en las veinticuatro ó las cuarenta y ocho horas, á lo más tarde, de la declaracion del mal, pues no debe perderse de vista que la difteria camina con gran rapidez hácia la intoxicacion y la muerte.

Como coadyuvantes de esta medicacion, no deben olvidarse los vomitivos, repetidos segun las fuerzas y el estado

del enfermo. En la habitacion ocupada por éste habrá la mayor limpieza, se rociará el suelo con una solucion de ácido fénico bastante fuerte y se ventilará frecuentemente.

Las conclusiones del Dr. Mohamed son las siguientes:

1ª El tratamiento de la difteria por el percloruro de hierro y la leche es seguro en sus efectos curativos.

2ª Este tratamiento, fácil y económico, debe preferirse á todos los demás é instituirse sin titubear desde el principio.

3ª La accion de este medicamento es tanto más ineficaz cuanto más tarde se emplea, y tanto más segura cuanto más cerca se aplica.

4ª Por los cuidados y la higiene se puede prevenir ó al ménos atenuar la formacion y gravedad de las epidemias.

FORMULARIO

Tratamiento del coriza, por el *Dr. Baratoux.*

Clorhidrato de cocaina		1	gramo.
Agua	aa..	10	—
Glicerina			

Con un tallo guarnecido de algodon en un extremo, tóquese perfectamente las fosas nasales. El coriza curará así rápidamente.

Tratamiento de las anginas muy dolorosas:

Agua de menta	aa..	10	gramos.
Glicerina neutra			
Bromuro potásico		5	—
Clorhidrato de cocaina		0'50	-

Inyecciones parenquimatosas de sublimado en el lupus—El Dr. Tansini, en un caso de lupus hipertrófico que habia resistido á todos los tratamientos, y queriendo apelar á un último recurso antes de proceder al procedimiento con la cucharilla cortante, ensayó inyecciones parenquimato-

sas de sublimado corrosivo, consiguiendo una curación definitiva sin dolores, y sin desfigurar la region.

(Union Médicale.)

Tratamiento del epitelioma de la piel por el clorato de potasa—Reclus.—*(Gazette des Hopitaux).* —El empleo de clorato potasa en los epiteliomas preconizado por Fedehi en 1847 por Leblanc y Bergeron en 1857 y 1863 había sido abandonado en vista de los éxitos de los procederes operatorios. Recientemente Reclus ha vuelto á emplearlo con éxito en cuatro casos valiéndose de aplicaciones locales de soluciones saturadas de clorato de potasa (6 o|o). Segun Recius el clorato potásico obra localmente y con energía cuando el tumor es exclusivamente cutáneo; no así cuando depende de una mucosa, ó de una region mixta cutáneo-mucosa. Este procedimiento, aun cuando no de éxito tan seguro como obrando con el bisturí y sobre todo muy largo, es muy útil en personas debilitadas ó de edad ó en las pusilánimes que no aceptan ninguna operacion.

Algodon cocanizado y boratado;

Solucion de cocaina á 2 por 100	30	gramos.
Acido bórico	2	—
Glicerina.....	4	—
Acido fénico.....	1	—
Algodon absorbente	30	—

Disúelvase el ácido bórico en la glicerina, y la solucion de cocaina, y añádase el ácido fénico.

Es muy útil este algodon en el tratamiento de las quemaduras para prevenir el dolor y la inflamacion.

(Les Nouvaux Rèmedes).

Tratamiento de la erisipela—*(Revista internacionale di Medicina é Chirugia).* Apesar de la multiplicidad de métodos curativos recomendados, la erisipela no se deja vencer sino por las inyecciones de ácido fénico en las partes circunvecinas á los tejidos afectos, como práctica Hueter. Pero aun tales inyecciones son frecuentemente inútiles. En estos casos Nossbaum recubre toda la superficie erisipelatosa con una mezcla en partes iguales de ictiol y vaselina

y encima aplica algodon salicilado. En cinco casos el resultado fué excelente. Segun Nussbaum el ictiol hace el terreno refractario á la multiplicacion de los micrococos de la erisipela.

Tratamiento local de la tísis laríngea—*Morell-Makenzie—(Revue de Thérapeutique médico-Chirurgicale).* Se practican frecuentes pulverizaciones con la solucion siguiente:

Alumbre ó tanino ó sulfato de zinc..	0'25 0'50 gramos.
Tintura de ópio.....	25 gotas.
Agua.....	40 gramos.

Localmente Mackenzie recomienda sobre todo el percloruro de hierro (4 gramos por 30 gramos de agua ó de glicerina). Emplea tambien soluciones de nitrato de plata y de cloruro de zinc. Como hay á menudo muchas mucosidades en la laringe hace preceder la introduccion del pincel de una pulverizacion de clorato potásico ó salicilato sódico al 2 ó 5 por 100.

Los alemanes se sirven mucho más que los ingleses de las insuflaciones de polvos. Sirviéndose de alumbre tánico, sulfato de zinc con una ó dos partes por cinco de azúcar de leche. La siguiente fórmula es de uso muy generalizado:

Acetato de plomo.....	2 gramos.
Morfina.....	0'20 —
Azúcar de leche..	10 —

NOTICIAS

La electricidad en ginecología—Hemos recibido del doctor Ménière, redactor de la *Gazette de Gynecologie* de París, un folleto que contiene la traduccion al francés del notable estudio hecho por el profesor Munde, de Nueva-York, sobre la electricidad como agente terapéutico en ginecología,

Trata el asunto con acopio de datos y con una competencia reconocida.

Direccion de "Los Anales"—La Comision Directiva ha nombrado al Dr. Gregorio Chaves Director de *Los Anales,* durante el año 1888.

El Dr. Chaves se hará cargo de esta publicacion desde el número próximo.

Socios corresponsales—En su última sesion la Comision Directiva del Círculo Médico nombró socio corresponsal en París al Dr. Federico Teseo.

Han sido aceptados como socios activos los señores doctor José M. Canesa, Dr. Juan D. Piñero, D. Ponciano Padilla, D. Ricardo Schatz y el Dr. Domingo Sasso.

Un libro sobre el hipnotismo—Hemos recibido de Chile el libro recien publicado por los señores Octavio Maira y David Benavente, titulado: *Hipnotismo y Sujestion.*

Los autores se limitan á ser cronistas de los conocimientos que hasta ahora se tienen del Hipnotismo, y citan algunas experiencias propias, que no por ser ya muy repetidas, carecen de interés. Han tenido además el buen criterio de inspirarse en las obras mas recientemente publicadas sobre el hipnotismo y en acojer con entusiasmo las teorías mas aceptadas.

Notamos sin embargo, que han hecho mucho uso de las citas publicadas en la obra de Cullere sobre el *Hipnotismo*, y parecen haber seguido en un todo el plan de este en la confeccion de su libro.

Pero no negaremos que la obrita reune buen acúmulo de datos y que merece ser leida.

Las precauciones contra el cólera—En prevision de una nueva invasion del cólera, por la frontera chilena, el Departamento Nacional de Higiene se ha apresurado á mandar á Mendoza á los doctores Adolfo Castro, Julio Fernandez y Villanueva: los tres deben ponerse á las ordenes del Gobernador, situándose en diversos puntos de la ciudad ó donde sea necesario, ocupándose exclusivamente de observar las enfermedades.

Las instrucciones técnicas que se les han expedido, son las siguientes:

«Los médicos que envia el Departamento Nacional de Higiene á la Provincia de Mendoza irán al destino que disponga el Gobernador de la Provincia y se contraerán á la asistencia pública á domicilio ó en los hospitales.

«En el desempeño de su mision procederán con sujecion á estas instrucciones.

«Cada médico llevará un diario de observaciones en el que consignará el estado sanitario, morbilidad, mortalidad, etc. con relacion al cólera en el distrito sometido á su cuidado.

«Indicará todas las reglas establecidas por la higiene para evitar la difusion epidémica, tales como la purificacion de las bebidas y de los alimentos, aconsejará las aguas

minerales, el agua filtrada en filtros Chamberland ó micromembrana ó en defecto de estos el agua hervida y aereada.

«El uso de alimentos cocidos y asados con una condimentacion lijera y de fácil dijestion. Los alimentos frios son peligrosos. Prohibirá las frutas, especialmente las frutas acuosas como la sandía, melon, etc.

«Los enfermos deben ser aislados en los lazaretos ó en sus domicilios.

«El aislamiento en cualquiera de estos casos, importa que toda persona, médico, enfermeros, etc. que tengan contacto con el enfermo no podrá ponerse en relacion con el resto de la poblacion sin una desinfeccion prévia por el baño de bicloruro é inmersion de sus ropas en una solucion al uno por mil del mismo agente.

«La desinfeccion de las habitaciones en donde se hubieran asistido ó hubieran muerto coléricos, comprende las siguientes operaciones:

«Evacuacion completa de las viviendas por el término de 48 horas.

«Separacion de los objetos extraidos en varios grupos para adoptar á cada uno el medio de desinfeccion que le sea aplicable.

«La desinfeccion de los cuartos, muebles, etc. se practicará por la fumigacion sulfurosa. Se quema el azufre en la proporcion de 30 gramos por metro cúbico, cerrando la habitacion por 24 horas. Los muebles sin tapicería como las sillas de madera y de hierro deben sufrir la fumigacion dentro de la pieza.

«Los objetos sin valor deben quemarse; las ropas deben sumergirse en una solucion de bicloruro. Los colchones por su espesor no pueden desinfectarse, ni por la fumigacion, ni por los agentes químicos, requieren la estufa á vapor húmedo, bajo presion: y como allí se carece por ahora de este elemento, deben destruirse por el fuego.

«Siendo el cólera una enfermedad eminentemente contagiosa cuyo gérmen se encuentra en las deyecciones, es indispensable para evitar su propagacion, que las heces de los enfermos sean recibidas en vasijas que contengan una solucion fuertemente esterilizante de bicloruro en 12 por mil.

El bacilo colérico penetra en el organismo sano por las vias digestivas solamente.

Luego, para prevenirse contra la ingestion de gérmenes á más de lo indicado antes como coccion de los alimentos, filtracion ó ebullicion de las bebidas, es indispensable mantener las manos libres de toda contaminacion, lavándolas cada vez que se toque al enfermo ó un objeto cuyo estado sea sospechoso, en una solucion de bicloruro.»

Año XI.—1888 BUENOS AIRES Tomo XI.—Nº 2

Anales del Círculo Médico Argentino

FEBRERO DE 1888

ALGO SOBRE FIEBRE TIFOIDEA

Por el Dr. G. N. Chaves.

Sobre fiebre tifoidea poco ó nada nuevo puede decirse, pues la observacion y estudio de los prácticos esperimentados han casi agotado el campo y material de estudio. —Sin embargo, se sabe la influencia que las condiciones cósmicas de cada localidad, ejercen sobre las enfermedades sobre todo febriles, y especialmente sobre las que se engloban bajo el nombre de infecciosas; y nosotros que somos constante y anualmente visitados por la fiebre tifoidea, desde principios de la primavera hasta principios del invierno, tenemos un rico material de observacion, si no para descubrir hechos nuevos, al menos para confirmar los ya adquiridos y mas aun estudiar la variedad de formas que presenta esta enfermedad, tan múltiple en sus manifestaciones clínicas como abundante en complicaciones.

Yo quiero ocuparme ahora de las recaidas en la fiebre tifoidea, que sobreviene con mas frecuencia entre nosotros, si no en una forma especial al menos en una que por su marcha é incidentes clínicos difiere lo suficiente de la comun. En los casos á recaida que citaré mas abajo y en otros que he observado, he notado siempre un sintoma especial, raro, que parece guardar una relacion de causa á efecto con aquélla: un sudor abundante y constante, acompañado de sensacion de frio algunas veces y que aparece desde los primeros dias de la enfermedad, raramente en en su período de apojeo.

Antes de pasar mas adelante en estas consideraciones,

quiero que el lector forme juicio por la lectura de los dos casos prácticos siguientes, sintiendo no serme posible hacer una historia detallada de otros que he observado.

Un individuo joven, de 26 años, robusto y bien constituido, entra al Hospital de Clínicas el 1° de Diciembre ppdo. y ocupa la cama numero 11 del servicio del Doctor Uballes.

Se siente enfermo desde el 20 de Noviembre, diez dias atrás; los cuatro primeros dias tenía solamente dolor de cabeza y un gran caimiento, y pudo aun continuar en sus ocupaciones habituales de jornalero; al quinto dia nuevos síntomas, gran sed, diarrea, dolores de vientre, y un abatimiento mayor le obligaron á tomar la cama. Al segundo dia de estar en cama, sexto de la enfermedad, aparecieron sudores abundantes y continuos, que solamente disminuian un poco por la mañana. Así permaneció cuatro dias mas, hasta el 1° de Diciembre en que entró al Hospital. Hé aquí su estado:—fiebre alta 40°3, estupor, subdelirio; diarrea abundante de color amarillento, vientre doloroso y timpanizado, lengua seca y cubierta de una capa negruzca, fuliginosidades en las encías y labios; todo el cuerpo completamente cubierto de un sudor viscoso.

Diagnóstico – Fiebre tifoidea—tratamiento, dieta lactea, agua vinosa y un baño tibio á 35° á las cuatro de la tarde. Despues del baño la temperatura habia descendido de 7 décimas á 39.5; estamos al fin del segundo septenario. Al principio del tercero la temperatura se eleva á 40°1, y á 40°3 el dia tres de Diciembre; en este momento comienza un descenso que se mantiene por tres dias, hasta el 7 que hay de nuevo una temperatura de 40°. A partir de este dia el periodo de oscilaciones descendentes se establece, interrumpido solamente en el dia 16, fin del cuarto septenario por una temperatura de 38° y medio. Desde este momento la convalescencia se establece francamente: aparicion del apetito, suspension de la diarrea, el catarro bronquial se disipa pero los sudores continuaron aun por dos dias mas apesar de la temperatura normal y del tratamiento por la atropina.

Trascurrieron diez dias en este estado de plena convalescencia y en que nada hacia prever una interrupcion en el restablecimiento rápido del enfermo, advirtiendo que aun no se habia elterado la dieta observada en el estado agudo; cuando el 27 de Diciembre por la mañana la temperatura se eleva á 38° 1; desciende á la tarde á 37° 7 y á la mañana siguiente sube de nuevo á 38° 1. Sigue su oscilacion ascendente hasta la mañana del cuarto dia en que llega a 39 5. A partir de este momento comienza el descenso gradual hasta el dia 5 de Enero, en que cae á la normal.

Durante este nuevo impulso febril de recaida y desde el principio, los síntomas extinguidos reaparecieron; pérdida del apetito, diarrea, sudores profusos, etc. Los sudores continuan aun hasta el 8 de Enero.

Para confirmacion de lo que dejo apuntado respecto á la marcha de la temperatura, adjunto el cuadro tèrmico.

En cuanto al tratamiento usado poco tengo que decir, sino es algo en lo que se refiere á los sudores. Estos eran abundantes y contínuos como he dicho, eran por consiguiente un manantial fecundo de debilitamiento, y así considerados eran tambien una indicacion terapéutica; se administra pues al enfermo dos gránulos de atropina de medio milígramo por dia.

Este enfermo tenía tambien casi todos los dias escalofríos que sobrevenian generalmente á la tarde, los que parecian tener alguna influencia sobre el sudor, pues éste era mas abundante despues de ellos. Por esta razon se daba á las 2 de la tarde de cada dia, un sello de sulfato de quinina de 50 centigramos.

Este enfermo esta yá completamente curado, y solamente permanece en el servicio para vigilar su alimentacion, pues puede serle perjudicial un abuso de régimen despues de mes y medio de enfermedad.

Hé aquí la historia del otro enfermo:—Un joven italiano de 17 años entra al Hospital de Clínicas el dia 29 de Diciembre ppdo.

Há estado veinte y tres dias enfermo en su casa desde el

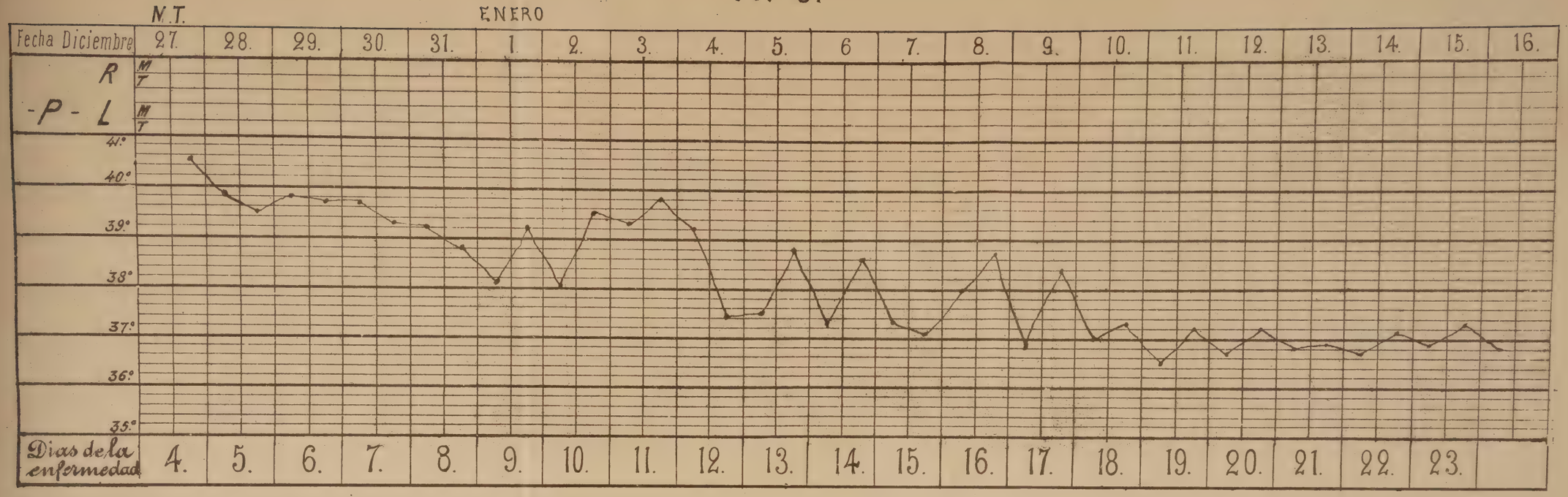
1° al 23 de Noviembre. Lo asistia un médico; y su enfermedad consistia en una postracion profunda, mucha sed, diarrea y un sudor profuso que se inició desde el principio de la enfermedad; no podia tomar otro alimento que leche y caldo, pues tenía malo el estómago y vomitaba.

En este estado mas ó ménos permaneció en cama hasta el 23 de Noviembre, época en que los síntomas empezaron á aminorarse y desaparecer, y al cabo de diez dias, el 3 de Diciembre, se creyó suficientemente fuerte para recobrar sus ocupaciones de carrero. Sin embargo, no era un bienestar completo, pues el individuo esperimentaba aun pesadez y debilidad, no habia recobrado su apetito, lo que felizmente le precavió contra un desarreglo alimenticio que le hubiera sido perjudicial. Este estado indefinido conitnúa así hasta el26 de Diciembre, dia en que se sintió bien; tuvo apetito, pero de temor no tomaba otro alimento que caldo y un poco de vino. Este bienestar no se prolongó mucho, porque los sudores profusos habian reaparecido conjuntamente con una pérdida de fuerzas. El dia 23 de Diciembre reapareció la diarrea, sed y dolor de cabeza; creyó que todo esto pasaria pronto, pero al contrario el mal parecia progresar y el 23 de Diciembre entró al Hospital, servicio del Dr. Uballes, cama número 8. Este dia á la tarde su temperatura era de 40°5, al otro por la mañana 39.9; durante la noche habia habido cinco evacuaciones de color amarillento. Pulso muy frecuente, 150 por minuto, algunos rales bronquiales y tos; una abundante erupcion de sudámina cubria la piel del abdómen, poca orina sin albúmina, dolor de cabeza y el cuerpo empapado en un sudor viscoso.

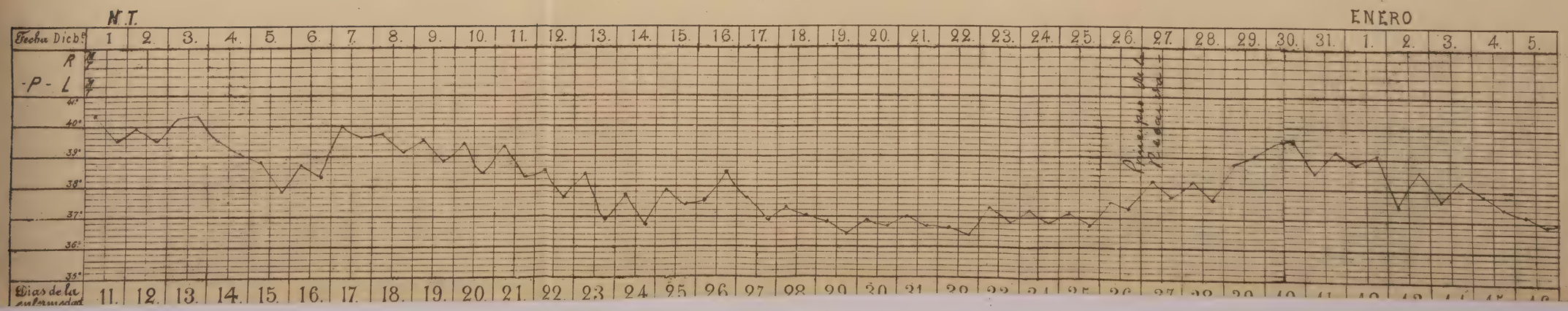
En virtud de las apariencias de su enfermedad anterior, de la face intermedia de semi-convalescencia y del estado presente, el diagnóstico era seguro: recaida de fiebre tifoidea.

El tratamiento seguido fué el mismo que en el caso precedente; dieta, 50 centigramos de quinina diariamente á causa de sus frecuentes sensaciones de frio, y un gránulo

Nº 8.


N.T.
ENERO
Fecha Diciembre
27. 28. 29. 30. 31. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16.
R
-P- L
41.º
40.º
39.º
38.º
37.º
36.º
35.º
Dias de la enfermedad
4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23.

Nº 11


N.T.
ENERO
Fecha Dicb.e
1 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 1. 2. 3. 4. 5.
R
-P- L
40.º
39.º
38.º
37.º
36.º
35.º
Dias de la enfermedad
11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46.

de atropina de medio miligramo contra los sudores profusos y contínuos.

Adjunto el cuadro térmico para el estudio de la marcha de la temperatura.

Hé aquí pues dos enfermos que han tenido una fiebre tifoidea especializada por un síntoma nuevo, que no se encuentra citado en el cuadro general de la enfermedad en las descripciones clásicas; y como hay una forma sudoral, así denominada y perfectamente estudiada por Jacoud, hay derecho á preguntarse si es esta forma misma que observamos, una variedad de ella, ó si el fenómeno sudor no es sino un incidente patológico sin importancia, semejante á los sudores que suelen observarse algunas veces en la convalescencia de las enfermedades agudas.

Hé aquí los caracteres de la forma sudoral cuyo conocimiento bastará para separarla de la de nuestros casos prácticos:—Desde luego, ella es propia de la Italia Meridional, aunque Jacoud há observado algunos casos nacidos en Paris pero sin presentar el aspecto completo formando una especie de forma de transicion.

La invasion se hace súbitamente por un fuerte dolor de cabeza, que existe máximo en las partes profundas de las órbitas y hácia la nuca y que dura de diez á doce dias; otras veces se inicia por medio de accesos de fiebre intermitente, iguales en todo á los de la fiebre palúdica, terminando siempre como éstos por un sudor abundante, despues de los cuales la temperatura vuelve á la normal. Así se pasa todo el primer septenario, época en que suele aparecer despues del primero ó segundo acceso febril, un aspecto especial de la cara, que se pone vultuosa con las conjuntivas inyectadas, y que puede hacer cometer un error de diagnóstico pensando en la invasion de un tifus exantemático ó del sarampion. En el período de estadio los accesos continuan intermitentes, iniciándose siempre el escalofrio por una sensacion de frio de sitio variable, que ocupa ya los talones, ya las rodillas, etc.; algunas veces su

comienzo se hace por medio de un acceso de tos. En este período, y sobre todo en los casos mixtos, se establece un fondo de temperatura continua, sobre el cual se producen la elevacion y remision de los accesos. Viene por fin el período de declinacion, en que ellos se hacen de nuevo realmente intermitentes, con temperatura normal á cada remision. Esto por lo que se refiere á la curva térmica.

En cuanto á los otros síntomas hay tambien profundas diferencias: apesar del grado y duracion de la hipertermia los sintomas cerebrales no aparecen, no hay estupor, ni delirio, ni soñolencia, ni vértigo. La constipacion es la regla, y en cuanto á las determinaciones bronco-pulmonares faltan tambien completamente. Hay tumefaccion ligera del baso, y este fenómeno conjuntamente con la hemorrágia intestinál, que se produce algunas veces, son los dos únicos fenómenos que aproximan esta forma de la fiebre tifoidea normal.

Las sudáminas son constantes, á causa de la repeticion y abundancia de los sudores.

Se vé por el resúmen sintético de los síntomas de esta forma, cuya descripcion detallada necesitaria varias páginas, vemos que la fiebre de nuestros enfermos no es de forma sudoral, no es tampoco una forma de trancision ó atenuada de ésta, pues esta ultima no presenta otra particularidad de menos que aquélla, sinó que algunas veces la temperatura se hace subcontínua durante toda la duracion del mal.

Así pues nuestros casos citados, han presentado uno forma regular de fiebre tifoidea con un fenómeno nueva de mas; en sudor, existente desde el principio de la enfermedad hasta el fin; manera de presentarse que basta para diferenciarlo de los sudores que suelen venir algunas veces en la convalescencia.

Pero el incidente patalogicono es sin importancia, y aquí llega lo que puede llamarse la novedad del hecho; él influencia el pronóstico y la marcha ulterior de la enfermedad: influencia al pronóstico, porque es una nueva via que contríbuye poderosamente al debilitamiento del enfermo; influencia la marcha posterior de la enfermedad, porque parece

preparar el terreno para recaida, y aún puedo decir que la trae consigo generalmente, porque fuera de los dos casos citados he observado diez más que han presentado el fenómeno sudor, y han tenido recaida.

En conclusion, creo que puedo formular la siguiente:

Cuando en una fiebre tifoidea regular se presentan sudores abundantes y continuos desde el principio hasta el fin de la enfermedad, y que van acompañados de sensaciones de frio pasageras pero frecuentes, hay motivos para temer la recaida, y tratar en consecuencia al enfermo, vigilando sobre todo su convalescencia.

PARALISIS MUSCULARES CONSECUTIVAS
A UN
TRAUMATISMO ARTICULAR

El impulso poderoso que la investigacion esperimental está dando al estudio de las enfermedades nerviosas, nos permite interpretar, hoy, de un modo satisfactorio ciertas lesiones antes inesplicables. Debemos, en mucha parte, tan importantes progresos á Charcot y sus sabios compañeros de la escuela de la Salpetriere; y sus lecciones clinicas nos ayudan, cada dia mas, á determinar mejor las condiciones en que se producen afecciones tan oscuras como las nerviosas.

Apoyados en esas investigaciones recientes vamos á referir dos casos que hemos tenido ocasion de observar y que presentan un interés propio porque su estudio permite comprobar las observaciones que de idéntica lesion acaba de presentar Charcot en sus últimas lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso. Trátase de traumatismos articulares que han repercutido sobre los músculos que rodean la articulacion lesionada determinando en ellos alteraciones especiales; probablemente observadas tambien en casos anteriores pero cuya patogenia

es de investigacion reciente. Por otra parte, uno de ellos ha cedido y el otro se ha modificado considerablemente, por el empleo de la electricidad, y ese resultado satisfactorio del tratamiento es otro de los motivos que nos hace creer presente cierta novedad la publicacion de estas observaciones.

El primero de ellos, vigilante, habia sufrido un golpe sobre el pié á consecuencia de una caida del caballo en que montaba, golpe ligero, pues consiguió caer de pié y del que al principio no sintió nada. Sin embargo, á la mañana siguiente, esa articulacion, comenzó á ponérsele tumefacta y á ocasionarle dolores que se estendian á toda la pierna. El reposo, las cataplasmas, y al fin, un vegigatorio hicieron desaparecer todos los vestigios de la artrítis, pero al intentar caminar se encontró con que no podia hacerlo. El no sentia dolores, su pié no estaba hinchado, pero los movimientos de estension le eran imposibles; ademas su pierna comenzaba á desminuir sensiblemente de volúmen. Molestado por esa impotencia en los movimientos requirió asistencia médica en el Hospital de Clínicas y ocupó la cama núm 3 de la Sala 4. Examinado por el Dr. Sudnik, el inteligente director del gabinete electro-terápico en dicho Hospital, fué comprobada una atrofia acentuada en la pierna izquierda cuya circunferencia era de dos centímetros menos que la derecha á la altura de la pantorrilla, atrofia que se notaba mas en la parte anterior del cuello del pié donde aparecian los músculos como deprimidos y éste caido sobre la pierna Los movimientos se conservaban en el miembro interior, eran un poco débiles en la pierna y estaban completamente abolidos en los estensores del pié sobre aquélla. Habia, pues, una parálisis y una atrofia de esos músculos: faltaba investigar su modo de reaccionar á la electricidad. Se probó la corriente farádica y los resultados fueron completamente nulos: ni aun con la intensidad máxima de esa corriente obtenida con la bobina Dubois-Reimond se conseguia la mas mínima contraccion. Se usó entonces la galvánica, pero con corrientes soportables no

se obtenian resultados, y hubiera sido necesario hacerla irresistible para el enfermo si se hubiera querido obtenerlos. Quedaba por emplear la electricidad estática ó Franklinismo, como la llaman los autores ingleses y americanos, y á ella se recurrió. Fué la única á que respondió el grupo muscular paralizado; la chispa eléctrica determinaba en ellos contracciones musculares ligeras pero apreciables. Reiteradas las aplicaciones pero sin fatigar al músculo (30 ó 40 sacudidas solamente) la potente accion modificadora de la nutricion que posee la electricidad estática se estableció una vez mas en este caso: y la pierna presenta, hoy, despues de dos meses de tratamiento solo un centímetro de diferencia con la sana. Los músculos responden á la corriente galvánica, aunque no todavía, á la farádica y la marcha se hace bien. En fin, la mejoría se define cada dia mas.

Antes de hacer la interpretacion, que se impone, de los hechos que hemos referido sucintamente, vamos á diseñar tambien la evolucion de un segundo caso para poder asi con mayor número de datos generalizar mas el estado de la lesion que observamos. Se trataba de una niña, que un año antes habia sufrido un golpe sobre la muñeca derecha, y aunque tambien sin mayor dolor inmediato presentó esa articulacion al dia siguiente una tumefaccion dolorosa. Los remedios caseros hicieron desaparecer con rapidez la inflamacion, pero la niña conservaba al presentarse al Hospital (despues de un año) una paralisis bien acentuada de los flexores de los dedos.

Examinada por el Dr. Sudnik no pudo comprobarse nada anormal en la articulacion y la sensibilidad se conservaba en el antebrazo en todas sus formas, el dinamómetro nos enseñaba que si la presion era de 14 kilos en la mano izquierda descendia á cero en la derecha que era la enferma; lo que queria decir que ese grupo de músculos estaba completamente paralizado. Dos datos mas pudieron obtenerse del exámen de la enferma: que la exitabilidad eléctrica neuro-muscular se conservaba en su estado normal, dato interesante que despues discutiremos

y que la temperatura de la parte anterior del antebrazo era de dos quintos de grado menor que la del lado sano, síntoma que cita tambien Charcot en los casos que ha observado. El tratamiento eléctrico produjo en este caso resultados notables, pues apenas en quince dias se obtuvo la curacion completa de una parálisis que habia durado mas de un año. Se inició el tratamiento con una corriente galvánica de 6 á 8 miliamperes de intensidad con la que se produjeron 15 á 20 sacudimientos por sesion en los músculos paralizados. El dinamómetro fué demostrando, con rapidez, las modificaciones favorables que ese poderoso agente imprimia á la enfermedad, y la presion se elevó progresivamente á 5, 7, 9 y 12 kilos. El Dr. Sudnik, satisfecho entonces de ese resultado, consideró á la enferma completamente curada.

En los dos casos que hemos observado, se habia producido una atrofia del grupo muscular que rodeaba á la articulacion donde habia tenido lugar el traumatismo. Qué lazos unen á estas dos lesiones? No se trata de una alteracion múscular consecutiva al reposo del miembro porque la afeccion no se habia limitado tanto y sobre todo porque éste no habia existido. No es miositis producida por una propagacion de la inflamacion articular por que la lesion se produce solo sobre un grupo determinado de músculos y porque ademas los esperimentos hechos por Valtat le han mostrado que no existe tal miositis sinó una simple atrofia. Charcot cree, entonces, que se trata en estos casos de una alteracion reflejo-espinal que partida de los nervios articulares inflamados repercute sobre los centros motores y tróficos de ciertos grupos musculares que de ella emergen y que la causa de esa repercusion determinada es que los centros ó grupos celulares ádonde se dirijen los nervios centrípetos articulares se han de encontrar muy cerca ó muy relacionados con aquellos de donde parten los nervios musculares. Por otra parte, el hecho de encontrarse esos centros tan inmediatos tendria su esplicacion fisiológica en los delicados actos reflejos que intervienen en la marcha y los movimientos.

Sentada esta modificacion de vecindad vá hasta definir mas su naturaleza y piensa que no se ha de tratar de alteraciones profundas, porque no existe en estos casos «la reaccion de degeneracion», esa modificacion especial á la accion de la electricidad, que se presenta siempre que existen alteraciones profundas en las astas anteriores de la médula. Ha de tratarse simplemente de una inercia ó estupor en esos grupos celulares, interpretacion tanto mas aceptable cuanto que el tratamiento eléctrico ejerce sobre ella una accion siempre rápida y favorable.

Convence todavia más, en ese órden de ideas, el hecho de que los esperimentos de Vallat, que, como dijimos, ha provocado esperimentalmente idénticas alteraciones en animales solo demuestran una atrofia muscular y nunca ninguna alteración espinal apreciable. Llegamos, pues, á esta conclusion que lo que se produce es una atrofia y que esta es simple y no degenerativa.

Para que esos actos reflejos se produzcan bastan traumatismos ligeros y tanto en nuestras observaciones como en la que hemos visto citada en el libro de Charcot, se han producido por golpes de los que era imposible sospechar pudieran ser causantes de lesiones de esa naturaleza, Charcot, afirma, pues, con razon que no existe relacion entre la intensidad de la afeccion protopática (traumatismo articular) y la deutero-patica (paralisis y atrofia) y que por lo tanto es conveniente no emitir un juicio á priori sobre la benignidad de una ligera dificultad en los movimientos, cuando sobrevenga despues de un golpe, al parecer sin consecuencias sobre una articulacion.

Sin embargo, el ilustre clínico de la Salpetriere, establece la preferencia para la repercusion de esos traumatismos sobre los músculos estensores, afirmacion que no hemos visto comprobada en uno de nuestros casos, donde, como se recordará, la paralisis estaba situada en los músculos flexores. No se atreve tampoco á decidirse estableciendo como una regla general la exageracion de los reflejos en los dos lados, porque poseyendo únicamente una observacion á ese respecto no sabe si atribuirla al

sujeto ó hacerla propia de la enfermedad, que produciria la exageracion de las funciones medulares en medio de la inercia que existiria en el territorio dicho. Ahora bien, el Dr. Sudnik, conocedor de esa duda, se preocupó de comprobar en nuestro primer caso, desde su entrada, el estado en que se encontraban los reflejos tendinosos, y ha tenido ocasion tambien de establecer una exajeracion bien marcada en los dos lados,, exageracion que al principio existia solamente en el lado enfermo. Es ya entonces, imposible establecer con mas probabilidades de certeza que ello sea un síntoma propio de la enfermedad y no del sujeto.

Charcot cree tambien que la forma de la enfermedad es una, y que ella estaria caraterizada por una paralisis y una atropia muscular, coexistiendo con una disminucion ó abolicion de su contractilidad eléctrica, galvánica y farádica, de manera que, esos grupos musculares alterados solo serian sensibles á la electricidad estátíca Este es un hecho cierto para nuestro primer caso pero el segundo no se nos ha presentado así y resulta, por el contrario, de la descripcion que de él hemos hecho, que la contractilidad eléctrica ha permanecido normal y que la atrofia no ha existido. El Dr. Sudnik ha tratado y curado á otro enfermo en quien existia la paralisis y la atrofia pero en el que no se observaba ninguna modificacion á la accion de la electricidad. Basado, pues, en estas observaciones, que son la espresion de lo que se vé en la clínica, se cree autorizado á estender á tres las formas de la enfermedad.

Vamos á enunciar esas formas: el poco estudio que de ellas ha podido hacerse no nos permite establecer la mayor ó menor frecuencia con que se presentan; pero es un hecho su existencia como entidades distintas. En la primera se encontraria una atrofia y paralisis muscular con modificacion á la contractilidad eléctrica en esos músculos, es decir, que sólo serian capaces de ser impresionados por la electricidad estática. La segunda presentaria atrofia y paralisis muscular, conservando la exitacion eléctrica como en el estado normal. En cuanto á la tercera esta-

ria caracterizada únicamente por la paralisis sin que se presentara la atrofia ni las modificaciones eléctricas.

Vamos á terminar este trabajo con algunas consideraciones sobre el tratamiento eléctrico al que debe esta afeccion tan benéficos resultados. El director del gabinete electroterápico, ensaya al principio y si la lesion no es muy pronunciada el procedimiento revulsivo de Duchêsne. Este consiste, en la faradizacion de la piel durante 15 minutos por medio de un pincel metálico hasta obtener su enrojecimiento, despues de lo cual la cubre de polvos inertes.... Si el caso no responde con una modificacion pronta á este primer procedimiento recurre al medio más poderoso, el único, por otra parte utilizable en los casos de mayor intensidad, y es, la produccion de sacudimientos aislados en esos grupos musculares por medio de corrientes galvánicas ó farádicas, procedimiento conocido por los autores bajo el nombre de gimnasia eléctrica. La corriente capaz de producirlos la determina por la observacion de cada caso, usando la que le hace obtener un sacudimiento manifiesto, sacudimiento que sólo produce 20 ó 30 veces por sesion, pues tiene en cuenta que acá como en toda paralisis no debe irse con las contracciones hasta estinguir la exitabilidad eléctrica.

Los recursos dichos son muy aplicables en las formas en que se conserva la contractilidad pero recordemos que, precisamente, la forma tipo de Charcot, quizás la más comun, presenta como carácter esencial que ella se encuentre abolida ó por lo menos disminuida. Entonces el músculo sólo responde á la estática y es ella á la que debe recurrirse esperando de su potente accion modificadora sobre la nutricion muscular que ese tejido recupere sus propiedades fisiológicas. No debe estrañar, por otra parte, que el Franklinismo sea el único elemento de combate que posea la medicina en estos casos contra dichas alteraciones, despreciando la electricidad galvánica y farádica, cuya fama la hacia creer hasta hace poco tiempo como medio de mucha mayor importancia. Por el contrario, es hoy un hecho establecido que en estos casos como en otros la

accion de la chispa eléctrica prepara el terreno para que ejerzan su accion las otras dos formas de electricidad, y que sólo cuando el grupo muscular no responde á las escitaciones de la chispa, la destruccion de su tejido será completa é irreparable.

Justo es decir, que esta observacion reciente no habia pasado desapercibida entre nosotros, pues el Dr. Sudnik en las conferencias sobre electricidad médica que dió hace cuatro ó cinco años en el Círculo Médico Argentino protestó contra la ley clásica que establecia que la pérdida de la exitabilidad eléctrica se hacia en los músculos, primero para la estática, despues para la farádica y al fin para la galvánica, y presentó en apoyo de sus observaciones un caso observado por él en que los baños galvánicos aplicados durante cinco dias hicieron reaparecer las exitabilidades galvánicas y farádicas que habian desaparecido completamente.

Reasumiendo, en la forma tipo de Charcot no debe considerarse como permanente la lesion muscular sin recurrir á la aplicacion de la chispa eléctrica, y si esta dá resultados, no es aventurado suponer que la curacion podrá ser obtenida con más rapidez que lo que fuera de esperarse, pues al poco tiempo podrán combinarse al tratamiento las corrientes galvánicas y farádicas, cuya accion sobre el músculo, entónces ya posible habrá sido debida á la modificacion enérgica que sobre la nutricion muscular posée la electricidad estática.

Jaime P. Costa.

Enero 23 1887.

RESECCION DEL ISQUION

Habiéndoseme presentado un caso de cáries nerótica de las ramas descendente del pubis, ascendente del isquion y tuberosidad del isquion, y no habiendo encontrado en cuantos autores he consultado reglas á propósito para la reseccion de esta parte del esqueleto, he estudiado anatómicamente esta reseccion y he visto la posibilidad de hacerla

entrar entre las operaciones regladas de la Medicina Operatoria.

La operacion no ha podido ser puesta en obra por el autor en el enfermo de que se trata, á causa de un incidente que en el curso de este artículo tendremos ocasion de esponer; sin embargo, ha sido puesta en ejecucion por otro cirujano y ha dado brillante resultado como método operatorio.

Para hacer resaltar la importancia del método trataré brevemente el caso patológico para luego pasar á la anatomía y técnica operatoria.

El que suscribe se permite no citar ni el nombre del enfermo ni el del cirujano para tener mayor libertad al criticar la ejecucion del propio método, y de adelantar algo sobre el pronóstico que relacionándose al modo de ejecucion podrá resultar.

El enfermo X. X. es un jóven de 23 años de edad, de buen desarrollo de formas, de débil constitucion, de temperamento linfático, sin antecedentes sifilíticos.

La historia de los antecedentes dá bastante luz acerca del cuadro patológico, habiéndose constatado á la edad de 17 años la existencia de pequeñas hemoptisis. En la actualidad, la observacion general del enfermo hace notar al médico semiólogo fenómenos dudosos en la estremidad superior de los pulmones, la respiracion es principalmente á tipo abdominal, la percusion dá poco que notar, la auscultacion en los estremos superiores nos hace percibir respiracion débil, la penetracion del aire es difícil, el tipo de la respiracion auscultada presenta la relativa supresion del murmullo vesicular, siendo mas bien bronquial que vesicular, no obstante esto, la respiracion bronquial no toma claramente el tipo consonante. Por gracia á la brevedad dejamos mayores datos anamnésticos.

Este enfermo hace cerca de dos años presentó abcesos perineales en seguida de los cuales se establecieron senos fistulosos que desde entónces fueron considerados por los médicos asistentes como senos fistulosos ano-perineales.

Habiendo sido llamado hace mes y medio para observar

al enfermo hice notar el equivoco y dije se trataba de una caries necrótica de las ramas descendentes del pubis ascendente del isquion y tuberosidad del isquion, y propuse una operacion.

Siendo inmensa la importancia anatómica de la region por los importantes órganos que en ella se encuentran y no habiendo método operatorio trazado, el que suscribe prometió á la familia estudiar el método y ejecutar la operacion.

Volviendo al enfermo, encontrábase una abertura fistular en el triángulo isquio-bulbar ó region perineal anterior, á tres centímetros y medio del orificio anal y medio centímetro del rafe; penetrando con el estilete en el trayecto fistuloso, observé se dirigia de dentro á afuera de abajo arriba, y de delante atras hasta llegar al punto oríjen de la rama ascendente del isquion, hacia sentir este hueso descubierto; otra abertura fistular se encontraba en la region perineal posterior ó ano-perineal y propiamente en correspondencia con la tuberosidad del isquion. Penetrando un poco adentro en este trayecto fistuloso, el estilete no podia adelantarse por la tortuosidad del mismo; pero si el estilete no penetraba hasta la lesion ósea la funcionalidad muscular del muslo podia suministrar gran luz al cirujano observador, y verdaderamente el enfermo podia ejecutar movimientos de aduccion y abduccion sin dolor perceptible, pero la flexion forzada del muslo sobre la pelvis y de la pierna sobre el muslo era marcadamente dolorosa, y bien la anatomía de la region hace recordar que la flexion de estos dos segmentos del miembro inferor se debe á la porcion larga del biceps crural, al semitendinoso, y semimembranoso; se sabe que la porcion larga del biceps se funde al semitendinoso y que juntos al semimembranoso se insertan en la tuberosidad del isquion; evidentemente la contraccion de este grupo de músculos, para flexionar la pierna sobre el muslo y de otra parte la tension pasiva del mismo grupo por la contraccion de los anteriores del muslo para flexionarle sobre la pelvis, este movimiento, digo, de este grupo de músculos tenía que determinar dolor, como efectivamente lo de-

terminaba estando la tuberosidad del isquion enferma.

Segun esto podria escribirse en el cuadro clínico del enfermo, caries de las porciones descendente del pubis, ascendente del isquion y tuberculosidad del isquion, de naturaleza tuberculosa.

Razono mi aserto una caries necrótica que se presenta en una localidad anatómica en que no ha existido agente traumático que pueda ser la causa ocasional, una caries necrótica que no se relaciona con sífilis, con envenenamientos metálicos y por otra parte la historia de los fenómenos observados á la edad de 17 años, de haber tenido pequeños hemoptisis, todo esto, digo, pone en gran cuidado al cirujano que no hubiera de tratarse de una cáries tuberculosa del hueso.

Ahora bien, en presencia de una lesion de este género ¿cuál será el criterio del cirujano?

Lo que puedo asegurar es que los grandes cirujanos actuales, los distinguidos clínicos y profesores de anatomía patológica, estirpan glándulas linfáticas tuberculosas, testículos tuberculosos, glándulas mamarias tuberculosas, resecan articulaciones, raspan abcesos tuberculosos y activamente desinfectan de mil maneras estas localidades de operacion, y la práctica combinada de estos procedimientos ha sido coronada de los mas brillantes resultados.

Segun esto, la conducta del cirujano en este caso deberá ser proceder á la operacion. Establecido este principio cual era la via anatómica, el método operatorio que el cirujano tenía que seguir para llegar á estirpar esta parte del esqueleto y cómo destruir este foco de infeccion?

El estudio de la region va á señalárnosla.

En efecto, la porcion descendente del pubis, ascendente del isquion y tuberosidad del isquion, objeto de la reseccion propuesta, constituyen el límite entre la region perineal é interna del muslo. Debiendo concentrar las relaciones topográficas alrededor de estas porciones óseas es necesario echar una ojeada por los regiones perineal anterior y posterior de un lado è interna del muslo del mismo lado, ha-

ciendo especial mencion de los órganos mas en relacion con los huesos á resecar.

La piel comun á las dos regiones no ofrece nada de particular, sigue á la piel la lámina superficialis mas ó menos desarrollada segun los individuos y vienen en tercer lugar las aponeurosis perineal, superficial y femoral interna.

La aponeurosis perineal superficial siguiéndola de la parte interna á la esterna despues de haber cubierto los órganos perineales, va á insertarse al intersticio de la márgen inferior de la rama descendente del pubis ascendente del isquion y tuberosidad del isquion hasta los músculos trasversos, donde se refleja para formar, cubriendo estos músculos, el límite anterior de la subregion perineal posterior, viniendo despues á formar parte del ligamento de Carcason.

La aponeurosis femoral cubriendo los músculos de la region interna va á insertarse en el labio esterno de la márgen inferior de los huesos nombrados.

Las aponeurosis perineal y femoral interna insertándose de esta manera forman una especie de surco de línea blanca que corresponde al intersticio del borde inferior de las ramas del pubis y del isquion.

Esta línea representa en realidad la verdadera línea operatoria, como voy á esponer.

Profundamente y al lado interno del hueso encontramos el cuerpo cavernoso, cubierto en su orígen por el músculo isquio cavernoso que se inserta en el lábio interno de la rama ascendente del isquion, y el músculo trasverso superficial que se fija en el mismo punto del isquion, mas profundamente encontramos las aponeurosis perineal media ó de Carcason que se fijan en la cara interna cerca del lábio interno de las ramas del pubis é isquion; en medio de las dos hojas de esta aponeurosis encuéntranse los músculos trasverso profundo y constrictor de la uretra; tambien entre ellas y de gran importancia para la operacion tenemos las arterias pudenda interna con sus ramas bulbosa, cavernosa y dorsal del pene, el nervio pudendo acompaña á la arteria á su lado esterno; y es de notar que

el nervio y las arterias costean en su trayecto el borde de los huesos, de quien están separados por un poco de tejido grasoso y el periostio.

En la region perineal posterior no existe igual número de capas que en la anterior, en aquella faltan las aponeurosis, de tal manera que el tejido grasoso subcutáneo está en continuidad de relacion con el del hueco isquiorectal, el cual tiene por límite arriba y adentro, el músculo elevador del ano, afuera la tuberosidad del isquion; en relacion con dicha tuberosidad existe un órgano que describe su misma curva: es el tronco de la arteria pudenda interna, acompañada del nervio.

Volvamos ahora á la region interna del muslo aproximándonos al hueso objeto de operacion, despues de la aponeurosis en esta parte de la region no encontramos órganos de mayor importancia que la insercion de varios músculos, porque las ramificaciones arteriales de los troncos de la isquiática y obtúratriz son de pequeño calibre.

Los varios músculos que se insertan desde el tubérculo del pubis y en la tuberosidad isquiática son el primer aductor ó mediano, el pequeño y el segundo gran aductor, el músculo recto interno y en la tuberosidad del isquion el cuadrado femoral, semitendinoso, porcion larga del biceps y semimembranoso; alrededor del agujero obturador, los obturadores esterno é interno en las caras correspondientes.

Operacion

Posicion del enfermo. La posicion del enfermo es la de la talla perineal.

El operador colocado entre las piernas del enfermo traza la línea operatoria que partiendo de la espina del pubis, eminencia tangible, vaya á terminar en la márgen esterna de la tuberosidad isquiática, tambien tangible.

Esta línea por la oblicuidad del hueso va á caer un medio centímetro afuera del lábio esterno del mismo, y paracercio-

rarse de la verdadera posicion de la línea el operador puede seguir con el tacto el borde tangible del hueso: sobre la línea operatoria se practica una incision proporcional á la estension del hueso que se quiere resecar y que comprenda la piel y el tejido celular, se profundizad esviándose un poco hácia adentro en busca del surco de insercion de las dos aponeurosis, que es muy fácil encontrar y que delinea el hueso.

El operador con un cuchillo de reseccion incinde el periostio contra el hueso, hecho esto toma la legra y empieza á desprender el periostio y juntamente con él el cuerpo cavernoso con el músculo isquio-cavernoso y el músculo trasverso, la aponeurosis de Carcason con los músculos y demas organos comprendidos en ella y hasta el músculo obturador interno si es necesario; siguiendo este método se formará una valva en la que se rechazará hácia adentro con los demás órganos las arterias y nervios pudendos y se podrá descubrir en toda su estension la cara interna de las ramas descendente del pubis ascendente del isquion y tuberosidad del isquion, se repite la misma maniobra del lado esterno desinsertando; con la legra destaca los tendones y los músculos que se fijan en esta parte y que ya conocemos; hecho esto, con la zizalla de Liston se secciona la rama descendente del pubis adelante, y de otro golpe la rama ascendente del isquion atras: de esta manera la tuberosidad del isquion presenta una superficie de seccion por donde en caso de necesidad se podrá vaciar haciendo uso de la cuchara de Volkmann; si por acaso hubiera necesidad de resecar tambien la tuberosidad del isquion, en un segundo tiempo sujetándola con las pinzas de Farabeuf y legrando contra la tuberosidad se la libraria de los tejidos inmediatos para poder estraerla recordando la posicion de las arterias pudenda interna y rama esterna de la isquiática.

Una vez terminada la operacion se observa que el cuerpo cavernoso con el músculo isquio-cavernoso, el músculo trasverso y los demás órganos quedan insertados en un tejido periostal muy resistente que viene á sustituir pro-

visoriamente al esqueleto que falta, despues de la operacion se puede, por medio de los separadores, conseguir espacio suficiente para poder, siguiendo la práctica que se recomienda en los casos de vaciamientos tuberculosos, aplicar el termo-cauterio.

Al terminar este artículo voy á esplicar brevemente, como al principio de él lo he prometido, el por que á pesar de haber propuesto el método operatorio no haya podido llevarlo á práctica en el enfermo de que se trata y ni haya presenciado la operacion, que fué ejecutada por otro cirujano.

En efecto, como dos meses antes de la operacion fuí llamado por un hermano del enfermo, quien solicitó mi visita por intermedio de un íntimo amigo mio, asistí como era mi deber, habiéndome asegurado la familia el consentimiento de los médicos asistentes, tios del enfermo dos de ellos.

Observé al enfermo y reconocí lo que ya sabe el lector: se trataba de una caries necrótica del pubis é isquion en sus ramas descendente y ascendente, aconsejé á la familia una operacion y la familia aceptó mi idea porque ya estaba cansada de ver sufrir al enfermo desde algunos años: á esta contestacion afirmativa de la familia yo dije que me disponia á estudiar el método mas conveniente.

Dias despues fuí llamado á una consulta con los médicos de cabecera para esponer mis ideas; por causas ajenas á mi voluntad falté, sintiendo mucho, tanto mas cuanto que yo asistia por amistad.

El hermano del enfermo con quien yo me escusé, me dijo que una nueva reunion de médicos tendria lugar mas tarde.

Despues de dos meses fuí invitado nuevamente para una reunion: en ella encontré otro cirujano además de los médicos de cabecera.

En el momento de la discusion, habiendo estado acordes en el diagnóstico y creyéndome yo el cirujano preferido para la operacion, me adelanté á esponer el método operatorio que de mas de un mes venía estudiando: hice esto en

la creencia que el cirujano venia para valorar mis ideas.

El citado cirujano, en contra de mi parecer, dijo se podria llegar al hueso careado por un plano oblícuo de abajo á arriba y de dentro á fuera.

Siguiendo este plano habria de encontrarse sin falta en su camino con órganos de la mas grande importancia, del mismo modo que siguiendo el plano de la fistula.

Se dijo entonces que sería bueno comprobar todo esto en el cadáver; yo acepté su idea y lo invité al anfiteatro; el dia despues hice una preparacion topográfica de las regiones limítrofes al pubis é isquion.

A la noche del mismo dia cuando fui á hablar al hermano del enfermo para que avisara á los médicos que la preparacion estaba hecha, declaré francamente que si por respetos humanos la familia no me hubiera preferido para la operacion, queria que me lo dijera con claridad, porque en tal caso el dia de la cita hubiera dicho á los médicos que habiéndose podrido el cadáver la preparacion no era presentable; el hermano me contestó que yo sería el médico operador, porque el enfermo y el padre tenian en mí toda confianza.

A la mañana siguiente, en presencia de los tres médicos y algunos estudiantes hice una demostracion sobre la preparacion, de la que resultó el triunfo de mi método.

Despues de esto el médico de cabecera, facultó al tio del enfermo para que designara al médico operador, el tio, se escusó diciendo que él dejaba la eleccion al médico de cabecera.

En este momento comprendiendo yo la delicadeza de mi posicion me retiré de ellos.

Parece que el médico de cabecera, por promesas hechas de antemano, entregó el enfermo al otro cirujano; respecto á mí guardaron tal reserva que ni siquiera me indicaron esta decision; no obstante, yo me penetré de ello cuando el cirujano me mostró su deseo de que yo trajese tambien instrumentos, y acabé de cerciorarme cuando en

casa del enfermo encontré un estudiante asistente del cirujano disponiendo algo de lo necesario para la operacion.

En tal circunstancia y convencido que la familia no habia apreciado mi generosidad, creí del caso no intervenir en la operacion, dirigiendo una carta á uno de los médicos, tio del enfermo y no al médico de cabecera que estaba en su derecho el poder encomendar la operacion á quien fuese de su agrado, ni al cirujano que tenia el derecho de aceptar lo que se le proponia.

Yo no asistí á la operacion, pero puedo dar noticias precisas de ella porque un testigo ocular adelantado en los estudios de la cirugía y que está pronto á confirmarlas me ha relacionado cuanto se ha hecho.

La operacion fué ejecutada por mi método y el resultado no pudo ser mejor.

La cara interna de las ramas descendente del pubis y ascendente del isquion fué descubierta sin lesionar órganos de alguna importancia.

Se encontró rugosa y muy blanda la rama ascendente del isquion y en el oríjen de dicha rama un orificio fistular que se internaba como dos centímetros en el espesor de la tuberosidad.

Tal era el punto á donde llegaba la fístula y tal era el diagnóstico que se habia hecho tomando en cuenta los signos que suministraba el estilete y la funcionalidad de los músculos que se insertan en el isquion.

El cirujano con la tijera de Liston desprendió la porcion rugosa y blanda, y con la cuchara de Volkmann despues de haberse abierto un camino con la tijera vació la parte circunvecina á la fistula, lavó con una ligera solucion de ácido fénico y suturó completamente la herida hasta el dren.

Podemos decir que la ejecucion del método operatorio se hizo sin peligro; en cuanto al resultado final, en el caso en cuestion nada podemos asegurar.

Ante todo, la estension del vaciamiento en un hueso esponjoso con caries tuberculosa debe ser, segun mi modo

de ver, lo mas grande posible; la tuberosidad isquiática podria muy bien vaciarse en toda su estension sin peligro alguno alejándose así del foco de infeccion.

Por otra parte, yo creo que en los casos de vaciamientos de huesos por caries tuberculosa mas que nunca es necesaria la cauterizacion con el termo-cauterio de la cavidad escavada, porque el detritus tuberculoso en contacto con la inmensa cantidad de canales Haverrianos y lagunas óseas abiertas pueden ser la via de infeccion limitrofe. Siempre á mi modo de ver, no creo práctica la sutura de la herida, porque el cirujano no puede dominar el fondo de la escavacion ósea, donde constantemente hay tendencia á granulaciones fungosas, y se considera que el tejido de la pulpa de los huesos esponjosos estudiado por Bizzozero y Neumann se parece por su funcionalidad á los tejidos linfoides: es claro que las granulaciones fungosas de este tejido predisponen á nuevos tubérculos, á mas es conveniente no unir los lábios de la herida para hacer que las granulaciones vengan de fondo á la superficie y escitarlas ó deprimirlas segun convenga.

Dr. César Milone,

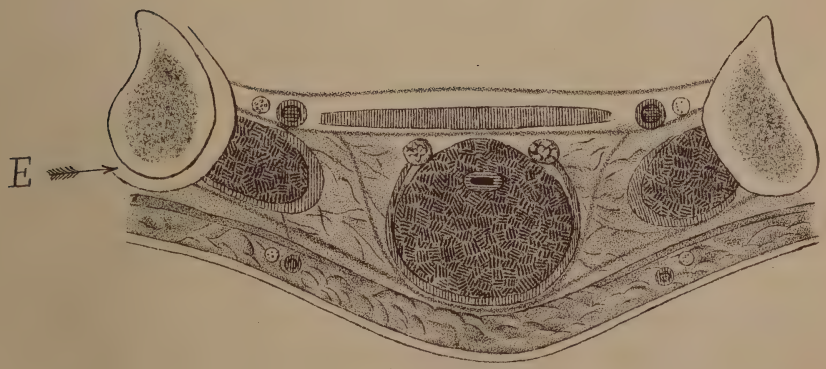
Profesor de Anatomía Práctica
en la Faculta de Medicina de Buenos Aires

DE LA DEPRESION INTERCOSTAL

PLEURESIA

La depresion intercostal ha sido siempre mal interpretada y descuidada por la mayor parte de los médicos, en el exámen toráxico.

Han sido necesarios los trabajos de Jaccoud, para poner de manifiesto la importancia de este síntoma en el exámen del pecho y las conclusiones que debe de él sacar el médico.



E. Manera como quedan los tejidos despues de haber resecado el hueso.

La produccion de este fenómeno no es de todos conocida, lo mismo que su frecuencia: la causa que lo produce depende de un hecho patológico, constante en su produccion, significativo en su manifestacion y revelador de grandes consecuencias, tanto para el médico que las aprecia, como para el paciente que ve en ella la terminacion favorable de una afeccion pulmonar.

La depresion intercostal es un fenómeno no frecuente, puesto que son innumerables los casos de curacion de pleuresia, (de cualquiera naturaleza que ella sea), que cada uno de los médicos puede contar: afeccion constante, la pleuresia y de resultados generalmente favorables, implica como consecuencia en la casi totalidad de los casos, una adherencia entre ambas serosas pulmonares: la serosa pulmonar para hacer desaparecer el espacio que existe entre ella y la serosa parietal, es necesario que el medio que las separa desaparezca (líquido ó gas), que puestas en contacto ambas, exista aun en ella, la inflamacion suficiente para que la coaptacion se produzca; sin estas condiciones, la adhesion es imposible y el espacio entre ambas serosas no puede desaparecer, único medio de curacion.

La presencia de este fenómeno es significativo en su manifestacion, pues el médico que aprecia el síntoma, ve en él la terminacion de una enfermedad aguda y de una manera definitiva.

Cuando en el trascurso de una pleuresia vemos desaparecer el líquido del derrame y al mismo tiempo en la superficie de éste la auscultacion oye pequeños roses, la significacion de este síntoma es importantísima bajo todos puntos de vista, pues él nos indica que ambas pleuras que hasta ese momento habian estado separadas, vendrán nuevamente á ponerse en contacto y empieza á haber un trabajo de union íntima entre ambas, único medio de poner fin á la pleuresia aguda: la significacion pues de este síntoma nos pone en condiciones de poder casi asegurar que la terminacion de la enfermedad favorablemente, será un hecho que no tardará en tener un término definitivo.

La tercera interpretacion del fenómeno, es la revelacion

de grandes consecuencias tanto para el médico como para el paciente.

La existencia de la depresion intercostal, al mismo tiempo que indica al médico la terminacion de la enfermedad, libra al paciente de una segunda pleuresia con derrame, pues el espacio virtual que entre ambas pleuras existia y entre las cuales el líquido se depositaba, queda desde ese instante perdido por la adherencia entre ambas hojas, y la union entre ambas es tan íntima que desde ese intante forman uua sola hoja incapaz de poder ser separadas, por ningun medio.

El médico que aprecia el síntoma por primera vez, no atribuye á él toda la importancia que en realidad tiene: El paciente que sufre una segunda pleuresia y en el cual, la anterior ha sido curada por este medio, está espuesto solo por sus adherencias pleurales á graves errores por parte del médico.

La presencia de este síntoma debe ser buscada atentamente en el enfermo que presenta por segunda vez una pleuresia del mismo lado; no es un síntoma que desaparece con los años, antes por el contrario él se pronuncia mas, á medida que el tiempo pasa.

La presencia de este fenómeno no observado por el médico en el caso en que se presenta una segunda pleuresia en el mismo paciente, tiene sérios perjuicios para el enfermo, á la vez que graves inconvenientes para el mèdico: la deduccion es de fácil comprehension.

Los síntomas que suministra la adherencia pleural á los medios esplorativos y en particular á la inspeccion, son los siguientes: á la inspeccion del torax, sobre el espacio semi-lunar si es del lado izquierdo ó bien en el sexto ó séptimo espacio en la línea axilar si es del lado derecho, se nota generalmente el retraimiento de la pared toráxica que indicaba Loermer, pero si la atencion se fija en estos espacios se podrá apreciar que los espacios intercostales están deprimidos en una gran parte de su extension y que la parte deprimida está animada de un cierto movimiento,

sobre el cual el médico no fija su atencion á pesar de presentar un carácter único y de fácil apreciacion.

El movimiento de que están animados los espacios intercostales en los casos de adherencias pleurales, es completamente contrario á lo que generalmente pasa en el estado normal.

En el individuo sano el espacio intercostal ó bien los espacios intercostales si se considera en conjunto la cavidad toráxica, sufren el siguiente movimiento:cuando la *inspiracion* se produce, el espacio que durante el reposo es plano, forma una convexidad externa y superior, mientras que su cara interna toma una posicion inversa, es decir, una concavidad interna é inferior; pues bien, ese movimiento que en estado normal se produce en cada inspiracion, sufre un movimiento contrario en los casos en que hay pleuresia con adherencias.

Si el observador se coloca oblicuamente á la cavidad toráxica del paciente y mira tangentemente los espacios intercostales, se aprecia claramente que durante la *inspiracion,* los espacios intercostales en lugar de sufrir una convexidad externa, no solamente no se produce ésta, ni el espacio se queda plano, sino que sufre una fuerte depresion hácia adentro, dando al espacio y á su cara interna una convexidad interna y superior, mientras su cara externa produce una concavidad externa é inferior.

En ambos casos, es decir tanto, en el estado normal como en el caso de adherencias, la *expiracion* hace que los espacios intercostales tomen su primera posicion, la plana.

El mecanismo de las modificaciones que sufren los espacios intercostales en el estado normal, es de todos conocido, solo nos resta explicar por qué mecanismo se producen esas modificaciones en los casos en que existen adherencias pleurales.

Durante el primer tiempo de la respiracion (inspiracion) al mismo tiempo que los músculos superiores del torax tiran hácia arriba la parte superior de la cavidad toráxica, el diafragma contribuyendo á la accion de ellos, desciende, y este movimiento asociado, hace que la cavidad aumente

en su sentido vertical; si á este movimiento se añade el producido por los músculos intercostales que hacen que las costillas sean reposadas de la línea media, se tendrá que la cavidad toráxica habrá aumentado tanto en su diámetro vertical como horizontal y que su cavidad por lo tanto habrá aumentado de capacidad: consecutivamente á ese movimiento y debido al vacío que existe entre ambas pleuras el pulmon es arrastrado ocupando su totalidad toda la cavidad toráxica haciendo que la porcion cortical del pulmon en contacto interno con la pleura costal haga sufrir á los espacios intercostales, la accion que sobre esta parte del pulmon produce el aire aspirado, y como esta accion es centrífuga, el espacio intercostal es el llevado por esta misma fuerza; es esta la causa de las modificaciones: ahora, cuando existen adherencias el pulmon en el acto respiratorio, está sujeto á idénticas influencias á pesar de no encontrarse éste en iguales condiciones con repecto á la pleura.

Es indudable que de los músculos inspiradores, es el diafragma quien produce una mayor accion, es en la direccion vertical que el pulmon recorre un mayor espacio; pues bien, cuando las adherencias existen la base del pulmon se encuentra unida a la cara superior del diafragma al mismo tiempo que la pleura costal está unida á los espacios intercostales; como el pulmon en este caso es arrastrado por la fuerza mayor y esta está actuada del lado del diafragma, éste tendrá que seguir la direccion de aquel: El movimiento que el diafragma produce en el acto de la inspiracion es de descenso y es á ese movimiento que el pulmon está sujeto, durante el primer tiempo de la respiracion: Ahora como la fuerza mayor triunfa siempre de la menor, resulta, que los espacios intercostales que se hallan unidos tambien al pulmon por las adherencias pleurales, son arrastrados por el diafragma, y como la accion de éste es mediana y hácia abajo, el espacio intercostal sigue la resultante de esta fuerza, viéndose en este caso obligado á cambiar completamente de movimiento. Es esta la esplicacion de la depresion intercostal y este tambien el mecanis-

mo de las modificaciones sufridas durante los dos tiempos de la respiracion.

Este síntoma, al cual atribuyo una gran importancia, suele ir acompañado de otros que no hacen sino dar mas fuerza al síntoma mencionado: la desigualdad entre uno y otro lado de la pared costal, es un precioso signo que unido al precedente tiene un gran valor; unidos á estos dos signos suele tambien encontrarse un tercero apreciable tambien encontrarse un tercero apreciable tambien, solo por la inspeccion y al cual se le puede tambien atribuir cierto grado de verdad. El diafragma en íntima relacion con las pleuras por su cara snperior, sufre tambien en los casos de pleuresia diafragmática modificaciones fácilmente apreciables al ojo observador. El movimiento normal del diafragma, puede modificarse ya sea en su totalidad ó bien en una cierta extension; esta modificacion existe siempre, en los casos de pleuresia diafragmática, del lado de la pleuresia: mientras en el lado sano este sufre su movimiento de ascension y descenso, el lado enfermo queda por decir inmóvil y si se observa con detencion se aprecia que es la pared costal que es solicitada hacia arriba por los músculos inspiradores que toman su insercion en la parte superior del torax y que el diafragma, no sufre en ese mismo tiempo el descenso que en estado normal debiera haber producido.

Este síntoma unido á los otros dos que acabamos de citar, hacen que por solo la inspeccion podamos diagnosticar en un individuo una pleuresia seca, la cual ha tenido como medio curativo, falsas membranas que unen ambas pleuras entre sí á la vez que á la pared costal, si la pleuresia fué costal ó bien al diafragma, si ésta tuvo por asiento la porcion diafragmática.

Las dos historias que paso á referir han tenido como medio curativo de sus pleuresias, las falsas membranas y como signos de éstos la depresion intercostal, la depresion costal y la inmovilizacion de una porcion del diafragma.

La primera de ellas se refiere á un caso de *pleuresia*

tuberculosa, mientras que la segunda es la consecuencia de *un hidro-neumotorax*.

Georgina Meyer, de 24 años de edad, de profesion cocinera, ocupaba el lecho núm. 80, de la sala Lacunce al servicio del Dr. Jaccoud, por estar afectada de una tuberculosis comenzante del lado derecho. El estado de la enferma no le impedía entregarse á ciertos trabajos en la sala misma, al mismo tiempo que le permitía pasar ciertas horas en el jardin en donde respiraba un aire puro y saludable.

Fué en uno de esos momentos en que la enferma se dejó estar un tiempo un poco más prolongado, y en un instante en que la temperatura estaba algo baja, en el cual fué atacada de un fuerte escalo-frío, seguido de un aumento en la temperatura central y de una fuerte puntada de costado: esto se pasaba en la tarde del 24 de Marzo.

La invasion de la enfermedad se presentaba bajo nuestros ojos y podemos seguir su evolucion desde el momento en que empezaba, hasta su feliz terminacion.

La invasion de una pleuresia se manifestaba en esos momentos con todos sus caractéres.

El dolor del costado hacía padecer horriblemente á la paciente, este tenia por asiento toda la cintura diafragmática y era en esa misma region en donde la auscutacion podía apreciar la presencia de roces múltiples, al mismo tiempo que la presion de las inserciones diafragmáticas provocaban gran dolor, era indudable que la pleurecia tenía por asiento la pleura diafragmática. Acompañaban á estos síntomas un hipo constante que había sido precedido de vómitos pertinaces; el diagnóstico se imponía por sí solo y no podía existir vacilacion en aceptarlo.

Nuestro exámen fué repetido durante varios dias y en el transcurso de ellos pudimos apreciar como la presencia del líquido llenaba la cavidad pleural y cómo tambien la pleuresia diafragmática tomaba la forma *freno costal*.

La presencia del líquido en la pleura dió lugar á todos

los síntomas que á un fenómeno semejante, da lugar en casos semejantes.

El aumento de la matitez, la desaparicion de vibraciones torásicas, la presencia de soplo y de egofonia en el nivel del líquido y la desaparicion de los roces en la region que antes existian, demostraban bien la presencia del líquido llenando toda la cavidad pleural.

El tratamiento de la pleuresia fué puesto en práctica; el ácido salisílico para combatir la fiebre y los revulsivos localmente no bastaron para hacer desaparecer el derrame líquido, y solo la intervencion quirúrgica impuesta accidentalmente pudo contribuir para hacerlo desaparecer.

La enferma bajo la influencia de un purgante y en momentos en que el derrame adquiria sus mayores proporciones, hizo la imprudencia de abandonar su lecho y recorrer una parte la sala: bastaron muy pocos pasos para que la enferma se encontrase en condiciones verdaderamente penibles; una asfixia inminente se hubiese producido si el jefe de cíínica que en esos momentos recorría la sala no hubiese intervenido de una manera rápida y activa: la toracontesis se hacía inminente, y esta fué llevada á cabo inmediatamente habiendo extraido dos litros de un líquido claro y sumamente albuminoso. La estraccion del líquido se suspendió en el momeno en que la enferma tuvo su primera quinta de tos. La extraccion del líquido hizo desaparecer la muerte inminente á que estaba condenada la paciente si la introduccion del trocar no hubiese intervenido tan rápidamente.

El exámen del pecho despues de la toracosentesis, nos demostró claramente la falta del líquido en la cavidad pleural.

Desde ese momento el líquido fué desapareciendo lentamente y conjuntamente con este fenómeno; preciosos síntomas se presentaban á nuestro oído; en aquellas partes en que la respiracion era completamente nula encontrábamos la presencia de la respiracion, acompañada de gran número de gruesos frotamientos pleurales, que nos indicaban la presencia de las falsas membranas que deslizaban

las unas sobre las otras presentando superficies ásperas.

Este signo indica al médico que la curacion de la pleuresia está próxima, y que como en la pneumonía exista el ral de retorno, en la pleuresia existe el roce pleural, precursores ambos de la feliz terminacion de la enfermedad.

La desaparicion del líquido fué completa y la curacion de la enfermedad radical. Los fenómenos de presion intercostal que se apreciaron desde el momento mismo en que las falsas membranas se presentaron, acentuaron manifiestamente una vez que la enfermedad acabó su evolucion.

La inmovilizacion del diafragma izquierdo era notable; éste no sufría los movimientos de ascenso y descenso que se observa en el estado normal, él parecía estraño el acto de la respiracion. Consecuentemente con este fenómeno, fácil era constatar la deprecion intercostal; los espacios intercostales sufrian durante la inspiracion una depresion notable, mientras que durante la expiracion el fenómeno inverso se producía; este fenómeno que en un principio solo era apreciable en el espacio semilunar, hoy ocupan toda la region anterior y posterior de la base del torax: el fenómeno es de fácil apreciacion.

La formacion de las adherencias pleurales dá lugar á un otro fenómeno siempre constante y dol cual puede el médico, sacar excelentes conclusiones:

Cuando la pleuresia ha sido solo de un lado y el lado contrario queda sano, ambos costados son dilatados por la respiracion, de distinta manera, pues mientras el lado sano sufre durante la inspiracion un movimiento de espansion hácia afuera, el lado enfermo y en el cual existen las adherencias pleurales sufre un movimiento inverso, de retraccion y hácia adentro, de modo que imprime al torax un movimieuto de báscula característico de la presencia de adherencias pleurales. La presencia, pues, de este síntoma unido á la depresion intercostal, basta por sí solo para hacer un diagnóstico seguro. Es el sentido de la vision que en estos casos hace el diagnóstico El segundo caso en que he tenido ocasion de observar este

precioso fenómeno, ha sido un paciente atacado de una afeccion poco comun y en la cual el resultado obtenido, no es el generalmente producido en casos análogos; los casos de *hidro-neumotorax,* en los que la curacion es radical son escepcionales.

En el caso que nos ocupa se trataba de un individuo de buena constitucion, sin antecedentes hereditarios y debiendo su enfermedad á un hecho puramente accidental

Nuestro paciente recorriendo las calles de Paris fué tomado entre dos vehículos, habiendo sido la cavidad toráxica la que se encontró fuertemente comprimida. La violencia del choque hizo caer á nuestro enfermo y en el momento mismo de quererse poner sobre sus píes, fué atacado de una fuerte sofocacion: una ligera tos, dió lugar á una abundante hemorragia, bajo la forma de hemoptisis que persistió despues durante algunas horas. Sus costillas no habian sufrido fractura ninguno, pero el enfermo se quejaba de fuertes dolores costales. La hemorragia que habia desaparecido al cabo de algunas horas, volvió nuevamente á mostrarse al dia siguiente, sin por esto adquirir fuertes proporciones. En estas condiciones pasó nuestro paciente 24 horas, al término de las cuales pidió un puesto en el servicio del Dr. Jaccoud.

El exámen del enfermo nos demostraba lo siguiente: tos corta, frecuente, sin espectoracion mucosa (algunos esputos de sangre): un aumento notable de la sonoridad á la percusion: ausencia absoluta de vibraciones; voz anforica; soplo fuerte y prolongado, acompañado este cuadro de una temperatura de 38° 8'.

El exámen del pecho de este enfermo nos hacía deducir un diagnóstico bien claro: se trataba de un «Neumotorax, de causa traumática.»

El paciente se encontraba mas ó menos en el mismo estado cuando fué atacado de gran fiebre y de una disnea intensa. El exámen del pecho, había variado: en toda la parte inferior y posterior del pulmon izquierdo, allí donde dos dias antes notábamos un aumento de sonoridad á la percusion, podemos claramente percibir que no era

ya aquello una region sonora, antes por el contrario esta era sustituida por una matitez absolutaa; un derrame de líquido se había producido en aquella pleura, que había hecho cambiar de lugar á esa masa enorme de gas que existía entre ambos pleuras, pues este ocupaba la region anterior fenómeno que no existía en nuestro primer exámen. Nuestro enfermo tuvo varias alternativas aunque el termómetro oscilaba á grandes curvas.

La pleuresia no seguia una marcha regular, pues una vez el derrame producido el termómetro márcaba aún cifras excesivamente altas; era indudable que esa temperatura respondía á un nuevo proceso que se hacía en sus pleuras.

Despues de varios dias un tercer exámen hicimos á nuestro enfermo, pudiéndonos dar cuenta en ese momento de las temperaturas ofrecidas por el paciente. La parte que anteriormente era ocupada por el líquido, es decir la parte inferior y posterior presentaba una sub-matitez, simplemente, al mismo tiempo que la respiracion se oia distintamente mezclada de fuertes frotamientos, las vibraciones toráxicas se percibian: esto nos decía que el líquido pleural, no ocupaba ya aquella region y que la fiebre respondía á un nuevo ataque de pleuresia que se había producido por la formacion de membranas, el cambio de lugar del líquido, al mismo tiempo que lo había inquietado, pues los síntomas que dias antes notábamos á la base, hoy los encontramos á la parte media, quedando tanto la parte superior como la inferior permeables á la entrada del aire; es pues la parte media del pulmon la que se encuentra rodeada de una capa líquida.

El atento exámen del pecho no solo nos hizo diagnosticar la gruesa lesion, el derrame pleurítico, sino nos dió la posicion topográfica de éste con relacion á la pared costal, el cual debe ser buscado siempre, por ser él quien nos indica el punto donde debe hacerse la puncion para la extraccion del líquido, sin aventurarnos con la punta del trocar, y herir el pulmon.

La puncion en este caso habiendo retirado solamente 60

gramos en dos secciones, fueron suficientes para que el paciente curase.

El enfermo presenta hoy fuertes roces y frotamientos en toda la region posterior del torax, los fenómenos del neumotorax han desaparecido y á estos síntomas se ha añadido la depresion intercostal que es múltiple en este caso, produciéndose en cada movimiento respiratorio. La presencia de este síntoma ha coincidido con la curacion del enfermo.

El neumotorax es generalmente de fácil curacion y el pronóstico debe ser siempre relativamente benigno, no sucediendo así con el hidro-neumotorax, que es de un pronóstico casi fatal en la generalidad de los casos.

Para obtener en estos casos la curacion es indispensable la adherencia entre ambas hojas pleurales, medio que no se obtiene sino desembarazando las pleuras de la capa líquida y aproximando ambas hojas, la una hácia la otra.

La adherenica será un hecho, cuando apercibamos la depresion intercostal, mientras esta no exista, la adherencia no será completa y la vida del enfermo, estará constantemente amenazada de peligro.

La presencia, pues, de este síntoma, tan poco buscado y tan mal interpretado, indica al enfermo su completa curacion, y al médico el derecho de asegurarla.

Doctor *Abel Ayerza.*

Paris.

CLINICA MEDICA

Hospicio de la Salpétriére—Las parálisishistero-traumáticas en el hombre, por el profesor Charcot

Voy á presentaros hoy un nuevo ejemplo de esta afeccion tan estraña que se llama histeria de orijen traumático, y sobre la cual he llamado la atencion en estos últimos años,

Aunque no es, debido á mis antiguas audiciones, un nuevo tema de estudios, y aunque se pueda siempre, en igual materia, encontrar cosas absolutamente inesperadas, será siempre para los nuevos, una ocasion para estudiar bien los caracteres clínicos de todo ese grupo de afecciones nerviosas.

Si estos casos, por lo demás, son vulgares y bien conocidos en la Salpétrière, no sucede lo mismo ni en Francia, ni en el estranjero, y muchos médicos dudan todavia de la existencia real de tales hechos. Son quizá interesantes, dicen pero no tienen sinó una pequeña importancia en clínica puesto que son escesivamente raros! Desengañaos: todos esos hechos son mas frecuentes de lo que se supone y, si no se les sabe ver bajo su verdadero aspecto, no hay que atribuirlo sinó á la ignorancia, sola y real culpable.

Hé aquí, en pocas palabras, el resúmen de la historia del individuo que puedo hoy presentaros. Se trata de un jóven de veinticuatro años, que no habia sufrido de ninguna afeccion grave hasta que sufrió una caida: el dia en que cayó de un andamio, de una elevacion de cuatro metros, y desde entonces le sobrevino una série de accidentes cuya nosografía erró á la ventura.

El estado patológico que presenta hoy no se liga, sin embargo, á lesiones materiales; el escalpelo del anatomista no descubriria nada, y á pesar de eso, está atacado de una enfermedad que presenta un caracter de tenacidad tal, que no me sorprenderia, aunque hemos llegado al septimo mes de enfermedad, verla durar siete meses todavia y aun mas!

Es curioso, en efecto, ver la gravedad que presenta esta histeria de orijen traumático en los hombres, como la histeria del albañil, del cerrajero, esta histeria que no conocemos sinó desde hace tres años solamente; es grave ciertamente, puesto que, si no se muere de ella, se sufre durante largo tiempo.

Nuestro enfermo despues de su caida, se encontraba al cabo de algun tiempo, bastante mejorado para poder caminar con muletas; pero al entregarse á algunos trabajitos y queriendo llevar sobre sus espaldas un saco de yeso, cayó,

con una parálisis de los miembros inferiores. Su patron lo condujo á un consultorio de cirujía, y allí se le examinó; el cirujano, tan sábio como hábil, en cuyas manos se encontró, le interrogó y diagnosticó un mal de Pott, una carie vertebral. ¿No habia anteriormente escupido sangre; no se quejaba de dolores en la cintura, y de alteraciones de las funciones urinarias? Se le envolvió en un aparato silicatado para inmovilizar el tronco, se le hicieron aplicaciones de puntas de fuego en la columna vertebral, y despues de tres meses de estadia en cama, en reposo absoluto, se le quizo hacer levantar, pero fué imposible.

Con asombro se constató entonces que los dolores raquídeos fueran tan vivos, que la parálisis vesical hubiese desaparecido por conpleto, y luego, sobre todo, que sobrevinieran ataques comvulsivos; se buscó, se examinó de nuevo el enfermo, se recordó el caso de histeria masculino que estudié en la Salpétrière, y se encontraron en él todas las señales de esta neurosis.

Si la histeria es cierta y manifiesta, hay que investigar todavia si no hay otra cosa, si al mismo tiempo, no existe un mal de Pott, puesto que hay histerias ligadas á lesiones orgánicas, y por ser histéricos no se está menos sujeto á una cárie vertebral. Es en esta incertidumbre de espíritu, que nuestro colega nos envió ese enfermo, y hoy, dos cuestiones se nos presentan, que debemos resolver: 1° Nuestro enfermo es histérico? El hecho es cierto, indiscutible; es á más un histero-traumático; 2° Es histérico orgánico? por qué no tendrá afecciones vertebrales? Quiero demostrar que todos los síntomas que presenta pertenecen esclusivamente á la histeria, pero que son bastante particulares para haber permitido á un cirujano distinguido creer en la existencia de un mal de Pott.

Para eso, procedamos metódicamente, volvamos al detalle de nuestro enfermo. Es un muchacho de veinticuatro años, de aspecto tal vez un poco delicado para un albañil, que vivia en muy buenas condiciones higiénicas, ganando holgadamente su vida como yesero; no se fatigaba, se alimentaba bien y no hacia excesos de ningun género; bajo

el punto de vista de los antecedentes hereditarios, no se constata nada de particular en su familia que sea de notarse; recordemos, sin embargo, que su hermano y su hermana murieron de convu siones cuando niños. No ha tenido jamás enfermedades graves y no ha sufrido sinó de la tos convulsa y de la neumonia en su juventud.

El 21 de abril de 1887, cayó. mientras trabajaba, de un andamio de 4 metros de altura, pero cayó muellemente, sin perder inmediatamente el conocimiento; fué en la espalda y en la cadera derecha que se golpeó, y estos detalles, por mínimos que sean, tienen su importancia. Quizo levantarse, pero no pudo: sus piernas flaqueaban bajo él; lo condujeron á una farmacia, donde, siguiendo la costumbre, le dieron árnica y vulneraria; emocionado, perdió el conocimiento y lo llevaron á su casa. Fué entonces que le sobrevinieron accidentes estraños cuya evolucion no se comprenderia si no tuviéramos la clave; echó sangre negra por el ano; tuvo vómitos sanguinolentos; en seguida el vientre se abultó y se hizo doloroso, presentó vomitos biliosos y retencion de orina; se creyó entonces en una peritonitis, y cuidadosamente se le hicieron aplicaciones de hielo en el vientre.

De todos esos fenómenos, que podemos hoy con toda seguridad ligar á la histeria, no retengamos sino dos cosas, por una parte el dolor de la cadera y de la espalda, y por otra, la retencion de la orina.

Despues de dos meses de estadía en cama, nuestro enfermo quiso levantarse, pero sus piernas se resistian á soportarlo, y con dificultad volvió á su trabajo. Despues, al querer hacer un esfuerzo para levantar un saco de yeso, sintió un dolor mucho más vivo en la espalda, sus miembros inferiores se arquearon y cayó al suelo. Lo llevaron á un consultorio de cirujía, y fué entonces que el cirujano que lo asistió dió el diagnóstico de mal de Pott.

Cómo semejante diagnóstico puede haber sido justificado? Se sabe que un foco caseoso, desenvuelto en una vértebra, puede abrirse en el canal raquídeo, y sin otro síntoma bien perceptible, dar lugar á pseudo-neuralgias, á dolores en la

cintura ó á una sensibilidad exagerada localizada en un punto de la columna vertebral; se sabe tambien que destruido el ligamento vertebral anterior, la materia caseosa penetra al canal raquídeo y se pone en relacion con el tejido celular y la dura-madre que envuelve la médula; ápesar de la resistencia de la dura-madre, el hongo de materia caseosa, desarrollado en su superficie, comprime la médula y puede determinar por consiguiente una verdadera mielitis. Si la paraplegia sobreviene, y el caso es frecuente, no hay sin embargo, en semejante caso, desviacion de la columna vertebral.

Luego, nuestro enfermo se quejaba de dolores muy vivos en la espalda, era de una constitucion pobre, habia escupido sangre y se podia suponer, en efecto, que aquí el traumatismo habia exagerado el mal de Pott y determinado por consiguiente una compresion de la médula espinal, sea por las vejetaciones intra-raquideas, sea por la rotura de las vértebras.

Fué solamente despues de algunos meses que la existencia de una monoplegia del miembro inferior derecho, turbaciones de la sensibilidad, y por fin la constatacion de estigmatas histéricos, hicieron suponer que esos diversos síntomas eran tal vez de un órden diferente.

Examinemos juntos entre tanto la columna vertebral y veamos si encontramos allí caracteres que puedan colocarnos en la via del diagnóstico.

Es inútil, en nuestro enfermo, ejercer una viva presion en la region dorsal para excitar un dolor bastante agudo; por el contrario, es suficiente pasar el dedo ligeramente sobre la superficie del punto doloroso para que inmediatamente acuse una sensacion penosa, de un caracter especial: «Eso me sube al cuello, á las orejas, decia; me laten las sienes y lo que experimento me recuerda lo que siento en el momento de mis ataques.» El caracter particular de esos dolores, esas sensaciones, no pueden pertenecer sinó á la histeria y permite reconocerla al primer golpe de vista; se trata allí de una zona histerógena, y si se hace presion

con fuerza, aunque solamente sobre la piel, podreis asi determinar un ataque.

Ese solo caracter del punto doloroso bastaria para diagnosticar, puesto que, ni en la ataxia, ni en ciertas meningitis agudas, en que la raquialgia cutánea se encuentra igualmente, el dolor, á la presion aun muy ligera, no poseia esta cualidad tan particular; en fin, en los neurasténicos, la presion de los puntos apofisiarios está lejos de ser tan dolorosa.

Esas placas histerógenas, es decir, aquellas cuyo roce determina tan fácilmente el fenómeno del aura, no se observan sinó en la histeria y son uno de sus síntomas característicos. Supongo tambien que muchos epilépticos con aura no son mas que histero-epilépticos, y no estoy lejos de creer que los cobayes de Brown-Sequard, entre los cuales se encuentran en ciertos puntos, sobre la mejilla en particular, placas histerógenas ó espasmógenas, están tambien atacados de esta gran neurosis.

Por otra parte, nuestro enfermo no presenta deformacion de la columna vertebral, y si las vértebras dorsales están un poco salientes, es menester saber que á menudo eso existe en el estado normal y depende de la conformacion exterior de los diferentes individuos.

No hay pues mal de Pott, y todas las apariencias de esta afeccion se disipan ante el estudio de solo los síntomas dolorosos que nuestro enfermo presenta; es al menos esa, una hipótesis inútil, puesto que se le comprende sin su auxilio.

Si no tiene mal de Pott, nuestro enfermo no tiene tampoco mielitis, y los caracteres de la monoplegia del miembro inferior son suficientes, por sí solos, para que fuera de todo otro exámen se les pueda referir á su verdadera causa, á la histeria traumática.

Cuáles son pues los caracteres de esta parálisis? Se ve desde luego que el miembro inferior izquierdo, el miembro superior del mismo lado y aun la cabeza presentan un temblor marcado, sobre todo cuando el enfermo quiere caminar, pero no es este sinó un síntoma accesorio que

abandonaremos por el momento; se trata aquí de un temblor histérico, y no insisto sobre este punto. Ocupémonos de los caracteres de la parálisis del miembro inferior derecho.

La impotencia es casi completa, absoluta, y apenas el enfermo puede levantar su pierna sobre el plano de la cama; el miembro inferior es flojo, inerte; y si nuestro enfermo no presentase al mismo tiempo, cierto grado de astralgía de la cadera del mismo lado, esos caracteres serian todavia mas definidos.

Basta ver caminar al enfermo para el diagnóstico de parálisis histérica —hablo de la variedad suave—pueda hacerse de golpe; mientras que el hemiplégico camina ejecutando con su miembro paralizado movimientos de círcunduccion, y agachándose, mientras que paralitíco infantil ejecuta movimientos desordenados con la predominancia de ciertos grupos musculares sobre otros, muy distinta es la actitud de nuestro enfermo. Al caminar arrastra su miembro inferior, como si fuese un cuerpo inerte, privado de sentimiento y de movimiento; parece ser para él un apéndice agregado absolutamente inútil.

Las modificaciones de la sensibilidad son tambien características; el miembro inferior derecho es insensible, pero la anestesia está distribuida de cierta manera; no presenta ninguna relacion con la distribucion de los nervios ó que esté en relacion con la hipótesis de una lesion espinal; imitada hácia adelante por el pliegue de la ingle, hácia atrás por la cresta ilíaca, con una reserva para la region sacra, la anestesia presenta aquí algo de muy especial.

El miembro está anestesiado en toda su estension y lo está nó anatómica, sinó fisiológicamente, morfológicamente.

La anestesia es completa, no solamente al nivel de los tegumentos, sinó tambien en las partes profundas, al nivel de los músculos, de las articulaciones, de los nervios; como lo veis, puedo torcer el miembro y tirar los dedos con fuerza: el enfermo no se queja; ni siquiera sabe lo que hago; ha perdido toda nocion del sentido muscular. «Cuando estoy en la cama, dice, busco mi pierna».

Parece tener el sentimiento de la ausencia del miembro.

Por fin, otro caracter, es la insensibilidad á cualquiera exitacion; como lo veis, haciendo pasar por el miembro paralizado una corriente eléctrica con toda rapidez, no siente absolutamente nada, y sin embargo, los músculos se contraen normalmente.

Los reflejos son casi normales, quizá están ligeramente exagerados.

Estas variedades de parálisis pueden durar meses y años, sin que sobrevengan modificaciones en la nutricion de los músculos, jamás he visto, en ningun momento, aparecer las reacciones eléctricas de degenerescencia. He vivido mucho tiempo con la idea de que no se observaban jamás alteraciones tróficas en la histeria; despues, he podido constatar con Mr. Babinski verdaderas atrófias musculares, algunas veces aun muy acusadas, pero jamás, en ningun caso, ha aparecido la reaccion de degenerescencia eléctrica.

Tambien cuando constateis una paralísis con todos los caracteres que acabo de exponeros, podeis estar ciertos que se trata de una parálisis histérica; *no es posible que se trate de una parálisis de otro órden.*

Para que la desmostracion sea más completa, hé aquí otro enfermo atacado de monoplegia braquial; mientras que el otro era más bien un poco delicado, este es un paisano muy rústico,que vino á Paris para entrar en una administracion de ferro-carril; fué empujando un wagon que sufrió el traumatismo constituido tal como es hoy. El 1º de diciembre de 1885, se golpeó en la via, perdió el conocimiento durante 20 minutos, y fué al cabo de cuatro ó cinco dias que le sobrevino en el miembro superior una monoplejia histérica floja, con todos sus caracteres especiales.

Despues muy poco se ha modificado; y con bastante incomodidad puede mover los dedos.

La anestesia es completa, absoluta en las partes superficiales y profundas; sin que acuse el menor dolor se le pueden estirar las articulaciones de la espalda, del codo, de la muñeca y de los dedos.

La anestesia está limitada por una línea curva anterior y una línea posterior que circunscriben el muñon del hombro, sin ninguna relacion con la distribucion de los nervios; presenta ahí una limitacion morfológica, una verdadera limitacion como la que haría el carnicero que quisiera cortar un miembro.

Ninguna otra parálisis sinó la parálisis histérica puede presentar este conjunto de síntomas, y vais á ver como no es posible imajinar ninguna otra lesion nerviosa.

¿Podría tratarse de una parálisis ligada á una lesion del plexo braquial, de una parálisis de orígen radicular? Si la lesion es grave, el miembro superior está paralizado, flojo es cierto, la anestesia es completa, pero la distribucion de esta, como ya os lo he dicho, es muy diferente; y luego, consecuencia fatal en las lesiones graves, al cabo de ocho á veinte dias, sobreviene, con la atrofia muscular, la reaccion de degenerescencia eléctrica. Pero en nuestros dos enfermos, la parálisis data de dos años y no observamos nada semejante! Si se trata de una lesion ligera del plexo braquial, de una especie de conmocion de ese plexo, las alteraciones de la sensibidad son pasageras, y aun, no existen; la duracion de la enfermedad no es jamás sinó de uno ó dos meses.

Dejemos, pues, á un lado los nervios cuyas lesiones no pueden explicar las parálisis que observamos; la médula podría estar interesada? cómo podría producirse en igual caso una monoplegia? De todas las lesiones espinales, la más vulgar, la más común, es la parálisis infantil; pero aquí no puede ser objeto de atencion, aunque suele observarse en el adulto, porque despues de cuatro ó cinco dias, aparece ya la reacción de degenerescencia, y sobrevienen ulteriormente turbaciones tróficas. Aquí no hay nada semejante, y además no se observa en la parálisis dicha infantil, alteraciones de la sensibilidad.

Podría suponerse que la lesion de los cordones anteriores estendiéndose hacia atrás podría dar lugar á turbaciones sensitivas? Yo no conozco ejemplo de tal lesion,

pero, aun si existiese, encontraríanse turbaciones tróficas, y modificaciones de la contractilidad eléctrica.

Indaguemos aun; supongamos una lesion localizada en la mitad de la médula, que diera lugar, por ejemplo, á una monoplegia derecha, pero entonces, se observa el sindroma de Brown Sequard, es decir, una parálisis motriz de parte de la lesion medular, y una anestesia del lado opuesto; se tiene, en una palabra, una hemiparaplegia espinal.

Si no hay lesion al nivel de la médula, quizás se encontraría en el encéfalo?

Sabemos, á este respecto, que las lesiones más habituales residen en la cápsula interna, entre el cuerpo estriado y la capa óptica, y que son debidas á una hemorragia ó á un reblandecimiento; se presenta más á menudo la hemiplegia vulgar en la que, la mitad del cuerpo y de la cara es atacada sin que existan turbaciones de la sensibilidad. En semejante caso, las monoplegias son raras, pero pueden exitir y nuevas experiencias han demostrado que las lesiones de la parte anterior de la cápsula interna dan lugar á una parálisis de la cara, la de la parte posterior á una parálisis del brazo, las lesiones situadas más atrás todavía concuerdan con las parálisis del miembro inferior, y por fin que los manojos sensitivos se encuentran del todo arrojados á la parte posterior de la cápsula.

Luego, aunque esas parálisis aisladas, esas monoplegias, son raras en semejante caso, se comprende que la asociación de las turbaciones de la sensibilidad y de la locomoción no pueden observarse en un sólo miembro; y luego, en fin, con una lesion material, despues de dos ó tres meses, sobrevienen lesiones de degenerescencia secundaria descendente, que se manifiestan por la contractura y la exageración de los reflejos. Ya os he mostrado tambien las diferencias capitales que se observaban en la marcha entre los paralíticos por lesiones cerebrales y los paralíticos histéricos.

Quizá, remontándose más aún, existirían lesiones de la corteza cerebral? Se puede, en efecto, observar, monoplegias ligadas á lesiones localizadas en ciertos territo-

rios de la corteza, monoplegias crurales, braquiales; pero pocas ó casi nunca existen turbaciones de la sensibilidad, y luego si es el miembro superior el atacado, está intereda casi siempre la cara. Y bien, no se observan jamás parálisis faciales en los histéricos.

En fin, como en las lesiones de la cápsula interna despues de algunos meses sobrevienen fenómenos de contractura.

Como lo veis, es absolutamente imposible que se trate de otra cosa que de parálisis histéricas y el hecho es tan cierto como posible.

Nuestros dos enfermos poseen, por lo demás, todos los estigmatas de la histeria. El primero es anestésico del lado derecho; es una anestesia que alcanza todos los modos de la sensibilidad, pues puede aplicársele al lado derecho del cuerpo un pedazo de hielo sin que parezca apercibirse. Del lado de los ojos, existe, á derecha y á izquierda, un estrechamiento concéntrico del campo visual; luego, ese fenómeno es muy característico. Aunque se le haya considerado en Alemania, como un fenómeno banal, comun á muchos neurastésicos, creo que es un gran error; se le puede observar, es verdad, en los epilépticos, despues de un ataque, pero de una manera pasagera. En todos los otros casos, cuando se encuentra ese síntoma combinado con la anestesia, puede estarse en la certidumbre de que se trata de un sujeto hipnotizable ó de un histero-epiléptico.

Nuestro enfermo presenta, además, una abolicion de la sensibilidad en todo el lado derecho de la lengua, una abolicion del gusto del mismo lado, y ese fenómeno tan singular de la poliopia monocular, que, fuera de algunas afecciones de la córnea, de la catarata, y del empleo de la eserina ó de la belladona, es característica. Acerquemos un baston al ojo de nuestro enfermo sin prevenirle, y nos dirá al instante que apercibe dos.

Si todavía esto no es bastante, le encontrareis zonas histerógenas al nivel de la espalda, de las paredes abdominales en las regiones pseudo-ovarianas; en fin, la pre-

sion del testiculo derecho dá lugar á una sensacion particular, á un dolor esquisito, muy característico.

Ha tenido ataques histero-epilépticos con salutaciones, arcos de círculo, etc.

Los vómitos de sangre, las hemoptisis que ha presentado, la inflamacion del vientre, la retencion de orina, todo ese conjunto no ha sido jamás otra cosa que la histeria, cuya monoplegia es hoy el fenómeno más notable.

Examinad el segundo enfermo; si no tiene ataques, tiene un cúmulo de manifestaciones histéricas: la anestesia faringea, la anestesia generalizada sensitivo-sensorial, un estrechamiento concéntrico del campo visual tan pronunciado como el precedente. Apenas siente frio en invierno; se pasea en los corredores en mangas de camisa. Si no tiene zonas hiperestésicas ó histerógenas, presenta en cambio, este fenómeno curioso, la diatesis de contractura, que es raro que se observe con frecuencia.

Comprimidle con fuerza sobre una masa muscular, y al instante vereis producirse la contractura en el grupo de músculos correspondientes; esta contractura desaparecerá si ejerceis un ligero masage sobre los músculos atacados; pero no espereis mucho, porque despues de algunas horas, tendriais gran dificultad en volver las cosas al estado normal.

Este detalle puede esplicarnos porqué las contracturas histéricas son diferentes las unas de las otras bajo el punto de vista del pronóstico; se les puede atacar en el estado naciente, por así decirlo, con la casi seguridad de hacerlas desaparecer; si se trata de contracturas antiguas, es desgraciadamente muy frecuente ver fracasar todos los esfuerzos.

Se puede tambien, si se le asiste á tiempo, obrar segun su propia voluntad, hacer y deshacer; esa es la prueba que en semejante caso, el elemento moral y psíquico desempeñan un papel predominante. Tambien las paralisis de que os he hablado pueden llamarse parálisis psíquicas. Son como os lo mostraré, parálisis que, aunque inorgánicas, son de causa cortical y están en relaeion con la

region donde se encuentra el substratum anatómico de los fenómenos psíquicos.

Así es, sobre todo fisiológicamente, que se les puede tratar; pero no es de creerse, como se dice, que la cosa sea tan fácil y que basta recurrir al hipnotismo para llegar de seguro á resultados favorables.

Aunque la hipnotizacion se practica fácilmente no se obtienen á menudo sinó resultados mediocres; ved por ejemplo, nuestro segundo enfermo que hace dos años está paralítico y no hemos obtenido gran mejoria.

Cosa singular, esta histeria del hombre, tan diferente bajo ciertos aspectos, de la de la mujer, en particular con relacion á las condiciones en que se desarrolla, parece ser mucho más grave y llevar consigo un pronóstico infinitamente más sério.

Esta es una de las razones que me han inducido á insistir de nuevo sobre estos hechos, que no son todavía conocidos como merecen.

Año XI.—1888 BUENOS AIRES Tomo XI—N° 3

Anales del Círculo Médico Argentino

MARZO DE 1888

ARTICULOS ORIGINALES

CLÍNICA MÉDICA

EL MATRIMONIO Y LAS AFECCIONES CARDIACAS

Escepcional es el acto de la vida del hombre por poca importancia que él tenga, en que la personalidad médica no tenga que desempeñar un rol importante.

Los actos públicos en general, que afectan un número ilimitado de individuos, lo mismo que aquellos que atañen á la familia misma, muchos actos de la vida privada del hombre son juzgados por el médico; es á él á quien corresponde dictar medidas para detener el flajelo que viene á desolar una nacion y es á él tambien á quien corresponde decidir en muchos casos de la suerte de una familia que va á formarse ó del porvenir de una niña, que el matrimonio va á hacer de ella una de sus víctimas.

Está fuera de duda el resultado desastroso que demuestra la estadística del matrimonio consanguíneo: Constituciones pobres, individuos raquíticos, vicios de conformacion, afecciones hereditarias, son de su consecuencia.

La degeneracion de la raza en estos casos, es un hecho que contemplamos todos los dias, sin querernos dar cuenta de su tremenda realidad.

Ponemos todos los medios para que la consanguinidad no se produzca, mismo en los seres mas inferiores y sin

embargo vemos padres que no solamente no ponen inconveniente á un matrimonio consanguíneo sino que impulsan á sus hijos para que éste se efectúe, sin querer recordar que en él vá encerrada la extinoion de su estirpe.

El matrimonio consanguíneo es una de las grandes causas que contribuyen á abreviar el término medio de la vida del hombre; es él quien impide al padre gozar de la felicidad de sus hijos y á éstos del respeto y cariño que les infunde aquél.

No solo las condiciones físicas son heredadas de los padres, tambien las condiciones morales siguen la misma ley; la impresion germinativa queda en el ser que nace y es bajo la accion de la educacion que ésta se desarrolla y crece.

La union entre séres consanguíneos, dá pues por resultado, individuos de condiciones tisicas mezquinas y pobres en sus facultades intelectuales.

Todos conocemos esta ley fatalmente exacta y aquellos que se dedican á los estudios médicos, tienen ocasiou de palpar á cada instante sus desastrosos resultados: es el médico, quien tiene el derecho de conocer mas que otro, cuáles son las consecuencias de una union consanguinea y sin embargo en estos casos el médico no es consultado al respecto, porque seguramente él podria ser obstáculo no á una felicidad futura, sino á la adquisiciou de un título ó la herencia de una gran fortuna. Y en estos casos en que toca al médico decidir, con conocimiento de causa, es precisamente en la circunstancia en que no se le quiere escuchar, ó no se le pide consejo.

Fuera del sinnúmero de casos en que el matrimonio se hace imposible, existe un cierto grupo de afecciones las cuales consecutivamente á éste sufren cierta evolucion

en su marcha, que hacen de ellas un inconveniente al matrimonio.

Innumerables son los casos en que afecciones desconocidas mismo á la paciente han manifestado toda su gravedad en el transcurso de un embarazo. No quiero referirme aquí á ciertas afecciones locales propias á este estado, ni tampoco mi propósito es indicar su número.

Quiero únicamente indicar los inconvenientes que trae consigo la preñez, sobre cierto grupo de enfermedades, cuáles son los medios de evitarlos y el rol que debe jugar el médico, ante un caso semejante.

Las afecciones cardiacas de cualquiera naturaleza que ellas sean, pueden ocupar todas las épocas de la vida del hombre; la infancia misma no está exenta de ser invadida por ciertas afecciones cardiacas. Los trabajos de Potain y G. Sée presentados últimamente á la academia de medicina demuestran claramente que el «retraimiento mitral puro» ataca al niño en sus primeros años en una proporcion menor que en la adolescencia, pero mayor que en la vejez: á tal punto ha llegado el estudio de esta lesion que hoy dia es un hecho banal, diagnosticar una afeccion cardiaca en un niño que apenas llega á la edad de cinco años: síntomas precisos han sido dados para que pueda ser reconocida y pueda desde el primer momento ser atendida y atacada.

Cuántas veces hemos hecho un número de observaciones, sin habernos dado cuenta del fenómeno: Mas de una vez, cada uno de nosotros, hemos notado que entre nuestros compañeros de la infancia había alguno que en nuestros ejercicios activos (gimnasia, carreras, &), jamás podía llega al fin que nosotros alcanzábamos, y cuando esto sucedia, era á precio de grandes fatigas.

Las madres que observan sus hijos han visto mas de una vez que sus hijos eran siempre los últimos en los

juegos infantiles, y que éstos se fatigaban con mucha mas facilidad qae sus compañeros.—Este hecho diario no era interpretado sino como un efecto de una constitucion mas débil, la cual para ser reconstituida necesitaba un mayor ejercicio que ellas mismas provocaban, esperanzadas que él pondria fin á ese mal.

Es ese uno de los grandes síntomas del retraimiento mitral y el medio que empleábamos para que él desapareciera, era precisamente el medio mas propicio para que éste siguiera una marcha inversa.

Las afecciones cardiacas para que ellas produzcan fenómenos de intolerancia necitan un cierto tiempo en su evolucion, variable en cuanto á su manifestacion y á su marcha: ésta puede durar años, ó bien tener un corto lapso de tiempo, y hay casos en que el órgano es frecuentemente atacado por cierto grupo de enfermedades y en este caso puede presentar fenómenos de asistolia inmediatos . . .

Pongamos al niño en la primera de estas condiciones y resulta que á la edad de veinte años habrá recorrido ya quince años de enfermedad cardiaca, término mas que suficiente para que ésta produzca sus manifestaciones y tendremos que en un organismo de veinte años existe un corazon enfermo de qnince años atrás y bien sabemos que la evolucion de las afecciones cardiacas no tienen un tiempo indefinido: hé ahí pues un organismo jóven nutrido por órganos que solo se encuentran en la edad madura.

Es al reumatismo á quien está reservada la segunda categoría de estas afecciones cardiacas; éste, muestra sus grandes manifestaciones agudas en la edad de la adolescencia; es decir, en la época del crecimiento, en que el corazon sufre ya una hipertrofia compensatriz, en que redobla su trabajo: Y en estos momentos es cuando aun

afeccion tiende á atacar sus válvulas, haciéndolas insuficientes, y en corto espacio de algunos dias el corazon que ayer era sano, se encuentra hoy insuficiente y lucha, trayendo como premio de su trabajo su hipertrofia, es decir, su muerte.

Quien es atacado en estas circunstancias pasa de la adolescencia á la vejez, pues el organismo vale tanto cuanto es el estado de sus órganos.

Resta á las enfermedades infecciosas el tercer grupo de afecciones cardiacas de la adolescencia. La fiebre tifoidea, la endocarditis infecciosa, la escarlatina, el cólera, &, que tienen su predileccion por el segundo período de la vida, tienen su referencia en el órgano central de la circulacion. Y cuál es su consecuencia? fatalmente es un hecho que palpamos todos los dias, para que pueda pasar desapercibido: Cardiopatias de pocos dias, son suficientes para matar nuestros enfermos y si ellos sobreviviesen á los primeros fenómenos de la invasion, quedarian impotentes para poder luchar contra sus consecuencias inmediatas, los fenómenos de asistolia se presentarían y el corazon sería incapaz de luchar, ya sea á causa del estado de sus válvulas ó bien por alteracion del mismo músculo: en una palabra, sería un cardiaco en sus últimos momentos.

Estas tres categorías en que he dividido cierto grupo de afecciones cardiacas, tienden á demostrar que no es estraña á la edad de la adolescencia, las enfermedades, aun las mas graves del aparato circulatorio.

Los individuos atacados de afecciónes de esta naturaleza pueden llegar á la edad de veinte años sin haber presentado fenómenos bien graves de asistolia, pero á partir desde ese momento éstos pueden aparecer y terminar en poco tiempo.

Los cambios sobrevenidos en los hábitos de estos indi-

viduos, un recargo mayor en sus trabajos ya sean físicos ó morales, un cambio de temperamento son mas que sufi cientes para que las perturbaciones cardiacas se muestren.

Entre nosotros, es la edad de veinte años próximamente, la que los hábitos han fijado para que la mujer se case. La niña que vá efectuar un casamiento ha pasado desde sus primeros dias hasta el presente un sinnúmero de enfermedades de las cuales ha sido atendida cuidadosamente por su médico; ella ha vencido en todas ellas,debido al triunfo de la medicina y ha podido llegar hasta el momento de su casamiento: Sus males fueron en su primera infancia, quién entre nosotros no ha pasado por el sarampion, escarlatina, fiebre tifoidea, difteria, tos convulsa ó reumatismo? raros serán los casos en que nuestros enfermos no nos presenten como antecedentes las enfermedades que todos titulamos de la infancia: todas ellas pasaron y la niña llega á la edad de veinte años, sin que jamás haya presentado otros síntomas que algunas palpitaciones cardiacas, cierto cansancio cuando hace una marcha ó sube una escalera, fenómenos que todos esperimentamos y que con el espíritu que tenemos de saberlo todo no dejamos de atribuirlo á una causa y decimos: es efecto de la falta de ejercicios, ó bien de la anemia ó clorosis.

Los dias pasan y el momento solemne llega, la niña debe casarse: hasta ese momento el médico habia sido molestado infinitas veces para ver á la niña, pero una vez éste instante llegado, él, ya no es consultado y si la inversa sucediese, éste no quiere ser escuchado.

La reflexion que el vulgo se hace en estos casos, es tan general como injusta: «El matrimonio lo arreglará todo»: Son cosas de la familia no de la medicina, se dicen muchos y es por eso que en estos momentos la idea

del médico no solo no pasa por sus imaginaciones sino que ésta causa espanto. El enlace se produce y aun no han pasado sino algunos meses cuando la personalidad médica es requerida con urjencia. La presencia de un nuevo ser en el seno materno es la causa de la aparicion de síntomas alarmantes del lado del corazon.

En presencia de un caso semejante el médico á su vez hace la siguiente reflexion; son conveniencias de la familia con perjuicio de la vida del prójimo.

Los fenómenos que se pasan en estos casos son generalmente los mismos en todos los casos; de modo que tomo como descripcion de éstos un caso que vengo de examinar.

María Ginck, alemana, de 26 años de edad; de profesion costurera, entró al hospicio de la Pitié el dia 15 de Julio.

Presentaba como síntomas de su dolencia un edema enorme de sus piernas y una dispnea intensa.

Nuestro primer interrogatorio fué sobre sus antecedentes; ella habia tenido como enfermedades anteriores, una fiebre tifoidea y dos ataques de reumatismo agudo.

Su primer ataque de reumatismo remonta á 14 años atraz y á juzgar por los datos que nos suministra la enferma él debe haber revestido la forma articular aguda. Su estado en su primer ataque debió ser grave pues la enferma conservó durante seis meses una cama en el hospital.

Es á ese momento que la enferma refiere su enfermedad al corazon, pues despues de haber pasado su reumatismo es que ella ha sentido palpitaciones cardiacas y accesos de sofocacion, cuando hacia un ejercicio violento: por estos datos podemos ya afirmar que en su primer reumatismo su corazon fué ya atacado.

Apesar de estos accidentes la salud de la enferma se

ha conservado bien hasta el año 86, en que un segundo ataque de reumatismo vino á entorpecer su trabajo. El ataque de reumatismo debió adquirir proporciones bastante agudas, pues obligaron á la enferma á pedir un lecho en el Hotel-Dieu. Su permanencia en este hospicio fué de dos meses, lo que nos indica que no fué un simple ataque y que por el contrario adquirió serias proporciones.

Durante su permanencia en el hospital, la enferma fué sometida á ventosas escarificadas en la region precardial, al mismo tiempo que una série de cáusticos cubrieron su region torácica izquierda, lo que nos hace suponer que la mujer sufrió en esos momentos de esos órganos, sin por eso poder precisar su lesion.

Apenas hace un año que estos fenómenos se han producido, cuando nuestra enferma pide nuevamente un lecho en el hospital de la Petié.

Sus condiciones no son las mismas. No es un nuevo ataque de reumatismo quien la lleva á pedir los auxilios de la ciencia, son fenómenos de otra naturaleza quienes la obligan á abandonar su trabajo, por serle éste de todo punto imposible.

Por primera vez, nuestra paciente se encuentra bajo la influencia de la preñez y esta databa del mes de Marzo. Apenas hacía un mes que lleva en su seno el fruto de la union matrimonial, cuando la paciente empieza á esperimentar fenómenos que jamás habia pasado por ellos. Su trabajo se hace insoportable para ella, una fatiga hasta entonces desconocida viene continuamente á interrumpir sus ocupaciones y se añade á estos fenómenos un tercero, que es el que alarma á la paciente y del cuapide la alivien cuanto antes: este fenómeno á que se refiere la enferma es un edema considerable de ambas piernas

que siendo constante, aumenta aun mas por la noche, es decir despues del trabajo.

Estos fenómenos que en el primer mes se hacian notar, han ido aumentando poco á poco y hoy, es, decir tres meses despues, han adquirido proporciones enormes que le imposibilitan no solo el trabajo, sinó la marcha misma.

En presencia de este fenómeno «edema de las piernas» la primer cosa á buscar es la causa que provoca semejante perturbacion en la circulacion.

Para explicar este fenómeno podemos en nuestra enferma, invocar tres causas principales, á las cuales podríamos aun invocar una cuarta, pero que en el presente caso, falta completamente.

El edema de las piernas puede responder en nuestra enferma, al estado en que se encuentra, es decir, á su preñez. La enferma presenta gruesos várices en sus piernas, que tambien puede ser una causa de ese edema y finalmente presenta una lesion cardiaca.

No podría en estas condiciones ser invocada una otra causa? sí, y es á esa causa que colocábamos como ocupando un cuarto lugar, pero el exámen de las orinas de nuestra enferma es completamente negativo á su presencia.

De estas tres causas, son las afecciones cardiacas quienes con mas frecuencia provocan estos edemas y en nuestra paciente encontramos en primera línea esta afeccion y que debemos examinar.

En qué consiste la cardiopatia de que está afectada esta mujer? Para poder llegar á este fin, es necesario emplear un exámen metódico, el cual nos dará seguramente una conclusion precisa: Si empezamos por la inspeccion, podremos desde el primer momento asegurar, que su corazon es grande, pues su punta, late en el séptimo espacio entercostal izquierdo.

La palpacion hace constatar hácia la punta un fuerte *frémmisement*, que empieza antes que la sístole cardíaca y se continúa con ésta, durante todo el tiempo de la revolacion cardíaca.

La auscultacion nos suministra datos importantísimos para poder llegar á un diagnóstico seguro; examinando sus cuatro focos clínicos, notamos, en la punta y antes de la sístole un *roulement*, seguido de un gran soplo sistólico, ocupando todo este primer tiempo y el pequeño silencio del corazon.

Este solo exámen de la punta nos lleva á admitir la siguiente conclusion: «retraimiento mitral, con insuficiencia.»

Si exploramos la base de su corazon, oiremos un soplo, durante el primer tiempo, el cual se continúa en lo largo de la aorta, lo que nos demuestra un «retraimiento aórtico». En este punto el retraimiento no es acompañado de insuficiencia, pues el segundo tiempo, es perfectamente normal.

En el segundo espacio intercostal izquierdo y mismo detrás del esternon, el oído apercibe fuertes frotamientos extracardiacos, que nos indican claramente que existen en aquel punto grandes placas pericardiacas, de las cuales está atacada nuestra paciente.

Si reasumimos nuestro exámen y unimos todos estos signos suministrados por la observacion de la enferma, podemos concluir en el siguiente diagnóstico, sin temor de equivocarnos: «retraimiento é insuficiencia mitral, acompañado de reiraimiento aórtico y de placas pericardiacas» (Pericarditis difusa de Jaccoud).

La cardiopatía de que está afectada nuestra enferma es de las más graves, pues nos indica primeramente que existe un corazon que lucha desde un tiempo indeterminado contra una lesion y que consecutivamente á esa lucha se

ha producido su enorme hipertrofia; en segundo lugar, que esa hipertrofia no puede ya luchar contra el obstáculo, pues, hoy se presenta en plena asistolia, dando como prueba de su insuficiencia, las edemas enormes que hoy constatamos.

Un órgano, pues, que presenta un obstáculo que el médico no puede evitar, y en el cual la fuerza que suplia ese obstáculo, hoy falta, si bien es cierto que una buena medicacion puede aun darle vigor, éste no será por mucho tiempo y llegará el momento que ni corazon, ni medicacion serán suficientes para triunfar del obstáculo y el organismo entero cederá á semejante lesion.

Despues de conocida la afeccion cardiaca, si recordamos los antecedentes de la enferma podremos referir su lesion cardiaca á su primer reumatismo, pues fué inmediatamente despues de esto, que sus primeras perturbaciones se mostraron.

Su corazon enfermo ha luchado contra su lesion durante varios años, sin que jamás se hubiesen presentado fenómenos de asistolia, pero bastó que la enferma se encontrase en condiciones de ser madre para que estos fenómenos de asistolia, se mostrasen con toda su gravedad.

Ha sido indudablemente la preñez quien ha llevado el corazon al estado que hoy constatamos. El corazon es, forzado ya por su afeccion valvular y por el trabajo fisicotan penoso á que estaba sujeta esta mujer, no precisaba para romper su estado de compensacion sinó una causa mínima que viniese á añadirse á las que existian ya. La causa tercera se presenta hoy, y ese corazon que luchaba contra un obstáculo como uno, se encuentra hoy insuficiente para poder vencer una resistencia como dos. Esta nueva causa, sobreañadida á las ya existentes es quien ha producido la muerte de este órgano.

Que la preñez es un estado que complica las afecciones cardiadas, está fuera de toda duda; pues en el mismo estado fisiológico de este órgano, vemos que durante la preñez, el corazon se hipertrofia y adquiere mismo proporciones enormes que si bien son pasajeras, en cambio ellas existen mientras dura la existencia del nuevo ser en el seno materno; y si bien esta lucha, puede ser mantenida por un corazon sano, no se encuentra en el mismo caso, cuando este órgano se encuentra enfermo y de lesiones ante las cuales, la medicina no puede nada.

En nuestro caso los fenómenos de asistolia no se habian presentado hasta el momento en que la preñez vino á manifestarse, y una vez que ésta tenía solo dos meses de existencia, su corazon hasta entonces suficiente, se presenta desde ese momento en la más grande de las asistolias.

Es este, la repeticion de uno de los muchos casos que observamos en la naturaleza y en que la existencia del nuevo ser, es ocasionada con la muerte del ser que le dió vida: el niño nace pero á costa de la vida de su propia madre.

Si la preñez agrava de tal manera las afecciones cardiacas, qué no diremos del momento supremo, del parto?

Todas las consideraciones que pudieran hacerse en este caso, serian inútiles, pues con decir que organismos sanos perecen durante el trabajo ó bien consecutivamente de éste, no había nada que añadir; pero no, la estadística demuestra algo mas, y es, qne si madres han podido llegar hasta el momento del parto, á ninguna de ellas, les ha quedado el placer de gozar de la maternidad.

En vista del estado desastroso que produce la preñez sobre las afecciones cardiacas, la medicina se pregunta: Puede el médico evitar que tales hechos se produzcan? Y una vez que el hecho se produce, puede él prevenirlos?

Sobre estos dos puntos. las ideas se encuentran divididas. Los unos, al frente de los cuales se encuentra el Dr. Peter, son partidarios en estos casos, de medidas extremas, concluyendo por aceptar en absoluto esta cláusula: «el matrimonio en caso de afecciones cardiacas, debe ser prohibido».

Otras entre las cuales encuentra como partidarios al gran clínico Dr. Jaccoud y á quien he tenido ocasion de oirlo sobre este sujeto, no son tan esclusivistas y aceptan cierto número de condiciones.

El Dr. Jaccoud se expresa así: «si la mujer no ha presentado síntomas de asistolia del lado del corazon antes del matrimonio, éste no debe ser prohibido, *salvo las condiciones de vida social*».

La clase obrera á la cual le es necesario el trabajo material, no importa bajo qué estado de la vida, para poder vivir, no se encuentra en las mismas condiciones, que la clase más elevada, que no necesita este trabajo material y se encuentra en condiciones, de poder combatir por todos los medios el mal que se presenta.

La mnjer obrera que padece una afeccion cardiaca y que se vé en la necesidad de trabajar, tiene que esforzar su corazon, que no lucha simplemente contra el trabajo físico, sino tambien contra su afeccion material: (retraimiento ó insuficiencia mitral): si en estas condiciones, la preñez se declara, tendremos que ese corazon esforzado ya, por causa de su lesion y por el trabajo físico, tiene que luchar durante nueve meses, contra un obstáculo, tan poderoso como los otros dos é incapaz de vencer; el corazon pues, en estas condiciones tiene que ceder y la asistolia se declara: la consecuencia de esta, queda espuesta más arriba,

No se encuentra en las mismas condiciones quien no

necesita del trabajo físico para poder vivir y puede poner en práctica todos los medios requeridos en estos casos.

La mujer que no ha presentado fenómenos de asistolia hasta el momento de la preñez y que no se encuentra en condiciones de poder esforzar su corazon, puede ser combatida su asistolia, lo mismo que las consecuencias de esta, las grandes conjestiones orgánicas, lo mismo que los edemas.

La medicacion por la dijital durante los primeros meses de la preñez y el reposo en la estacion horizontal (absoluto) durante los últimos meses del embarazo, pueden triunfar de la lesion cardiaca y llegar á un término feliz; pero estos medios que le son permitidos á la clase rica-desaparecen cuando se trata de la clase obrera, que necesita del trabajo, apesar de su preñez, para poder vivir.

La proposicion del Dr. Peter es demasiado absoluta, pudiendo conciliarse de la manera que la admite el Doctor Jaccoud, es decir, segun la clase social á que la mujer pertenece.

Hay, sin embargo, un caso en que el matrimonio está prohibido, á causa de las complicaciones que la preñez puede traer, y es el caso en que fenómenos de asistolia se hayan presentado antes del matrimonio: esta claúsula no admite excepciones.

El Dr. Jaccoud examina más profundamente el organismo enfermo y concluye por exponer otro caso, en que el matrimonio debe ser admitido y cuando el médico se encuentra en presencia de grandes *temperamentos nerviosos*: la negacion de este acto, segun el gran clínico, produciría más prontamente la muerte que la misma preñez y como pertenece al médico prolongar cuanto posible sea la vida del enfermo él debe contribuir á ese resultado, viendo en él no la curacion de la enferma, sino un medio de prolongar su existencia.

«El estado anterior, los resultados que ha producido ya la lesion cardiaca, las condiciones en que debe colocarse la mujer despues de casada y la impresionabilidad nerviosa», son las condiciones que debe examinar el médico, antes de pronunciar su dictámen sobre un asunto de tanta importancia, cual es, la vida de la enferma que se le confia.

En presencia de cosas semejantes, el futuro esposo debiera tener derecho á un exámen médico, porque este no lo espondría, á ver realizarse lo que tantas veces hemos tenido ocasion de observar bajo nuestros ojos; pero desgraciadamente no existe entre nosotros una ley que autorice semejante acto y queda á voluntad de los padres de la niña, el que esta sea ó no visitada por el médico, tratando bien de ocultar al futuro esposo si existe una lesion de cualquiera naturaleza que ella sea, pues ella pudiera ser un inconveniente para el matrimonio.

El médico en estos casos no es consultado, ni su autoridad médica es jamás respetada cuando ella es contraria á la idea del matrimonio; sin embargo es él el único que conoce y valora el resultado que se espone, quien, bajo la accion de una afeccion cardiaca, presenta los signos de una preñez.

Entre las diversas formas de afecciones cardiacas hay unas que presentan una mayor gravedad y es al médico á quien corresponde conocer, cual es la lesion, entre este grupo de enfermedades que presenta, mayores peligros para la vida de la enferma.

A este respecto las ideas de los clínicos, difieren un poco: para los unos, las afecciones de la base y en particular la insuficiencia aórtica, es quien presenta los mayores inconvenientes; la muerte súbita dicen estos, es más frecuente en las afecciones de la aorta.

Para mi manera de ver, no es bajo este punto de vista

que debe examinarse la afeccion cardiaca: para llegar á un resultado, es necesario ir, de lo simple á lo compuesto.

Cuáles son las consecuencias á que espone la preñez en condiciones normales? Los edemas por una parte, la hipertrofia cardiaca, la albuminuria, las hemorroides, las varices y el aumento de volúmen del hígado en estos casos, nos indican, que el extásis sanguineo, revelado por todos estos fenómenos, es el hecho predominante en los casos de preñez: ahora bien, la afeccion cardiaca que contribuya á aumentar estas conjestiones pasivas, en estos órganos, será indudablemente quien presente los mayores inconvenientes para poder luchar contra estas conjestiones, hasta cierto punto debidas al estado fisiológico de la preñez.

Analizando las diversas afecciones del corazon, vemos que son las afecciones de la base quienes exponen menos á las conjestiones, quedando para aquellas de la punta la predileccion por las conjestiones: ahora, entre estas de la base? qué afecciones exponen más, las del corazon derecho las ó del izquierdo? Basta examinar únicamente el radio de ambas circulaciones para poder inmediatamente concluir que son las afeeciones del corazon izquierdo, quienes producen un número infinitamente mayor de conjestiones pues es él, quien rige la circulacion general, mientras que el corazon derecho es quien preside á la circulacion menor ó pulmonar.

Por otra parte de todos los órganos indispensables para la vida, es el pulmon quien puede sufrir más pacientemente la influencia de una fuerte conjestion, sin hacer perecer al enfermo y esto debido á su enorme superficie y á los medios que tiene el médico para hacerla desaparecer; son de las conjestiones pulmonares de las que triunfa más fácilmente la medicina; en cambio las conjestiones en las otras visceras (cerebro, riñon, higado, etc.) la medicaciou

es tardia y á veces impotente para poder triunfar de ella: de este raciocinio deducimos pues que son las afecciones de la vábula mitral con preponderancia de la tricuspide, quienes producen mayores peligros en los casos de preñez.

Réstanos aun á analizar cual de las dos afecciones que afectan esta válvula (insuficiencia ó retraimiento) presenta mayores inconvenientes. Sin participar de la idea del Dr. Peter, que dice que el retraimiento implica siempre la insuficiencia y que cuando este existe nos indica que es una afeccion antigua encontrándose en el último período de la lesion, creo que es el retraimiento puien espone más frecuentemente á las conjestiones, al mismo tiempo que á las muertes súbitas.

Cuáles son los fenómenos que se pasan en un caso de retraimiento? Cuando la estrechez de este orificio existe, á causa de esta misma disminucion del orificio mitral, la cantidad de sangre que pasa de la aurícula en el ventrículo es menor y consecutivamente á esto el ventrículo disminuye de volúmen, pues le falta á este el exitante de su contraccion, la sangre, que le impide funcionar y como todo órgano que no funciona ó que funciona poco, tiende á la atrofia, el ventrículo pues, privado de una gran parte de su exitante, tiende á atrofiarse.

Consecutivamente al mismo retraimiento hay estagnacion de sangre en la aurícula izquierda y por consiguiente dilatacion enorme de esta, que puede llegar mismo hasta el aneurisma; las venas pulmonares no pueden vaciarse bien en la aurícula á causa de la estagnacion de sangre, de donde estásis pulmonar, es decir, conjestion del pulmon, que está en razon inversa de la manera de vaciarse de las arterias pulmonares.

Este primer fenómeno (conjestion pulmonar) implica á su vez estásis en la vena cava superior, es decir conjestion general en todos los órganos del organismo.

Este simple análisis de las lesiones producidas por el retraimiento mitral, nos demuestra como, la consecuencia de él, son las conjestiones, fenómeno que unido al que existe ya normalmente en el estado de preñez, es quien produce la muerte en estas desgraciadas criaturas.

Apesar de la palabra autorizada del Dr. Peter, hoy no podemos admitir su antigua teoría, que sostiene y combate todavía, y en que dice, que el retraimiento mitral indica la muerte del corazon, pues esta lesion es el último término de una afeccion cardiaca.

Los estudios recientes del Dr. Potain y G. Sec han demostrado como esta idea es errónea, pues es la enfermedad cardiaca que más comunmente existe en la infancia: el retraimiento mitral puro, puede existir sin que haya insuficiencia, pudiendo recorrer un período de quince años y mostrar recien su presencia, cuando se encuentra en presencia de una preñez; una afeccion cardiaca que indica el fin de una lesion, no creo que pueda recorrer un período de un número ilimitado de años, sin manifestarse; ella evoluciona como todas las otras lesiones cardiacas, sin decir por eso que ella nos indica la muerte del corazon.

Es pues, el retraimiento mitral de todas las afecciones cardiacas valvulares, la que compromete más la vida de la mujer preñada. En mi esposicion, no he hecho entrar las afecciones del miocardio, apesar de su mayor gravedad sobre las afecciones valvulares y esto porque las afecciones que afectan el miocardio son escepcionales en esta edad y cuando ellas se presentan recorren un corto periodo; en presencia de una lesion de esta naturaleza, el médico y el organismo que sufre se encuentran impotentes.

Un último punto nos falta analizar y es el caso, en que la mujer, llega al momento del parto. En esta circunstancia, la influencia del cloroformo tan usada hoy

durante el trabajo, se encuentra completamente contra-indicada.

La duracion de este debe abreviarse en todo lo posible y una aplicacion de forceps en el momento mismo que esta fuera posible, podría aun salvar à la mujer.

En cuanto á los cuidados á seguir despues del parto, son los que necesita todo cardiaco que llega á tener sus primeras manifestaciones asistólicas. En cuanto á los partos sucesivos, podemos decir, que si se puede encontrar organismos que pueden sobrevivir á una primera preñez, en cambio la historia de la medicina no reviste un solo caso en que un corazon asistólico ha podido triunfar de dos preñeces sucesivas; la muerte inevitable, sería la consecuencia de una segunda preñez.

El médico en presencia de un caso de esta naturaleza y consultado desde el primer momento, debe oponerse al matrimonio, si este no fuese escuchado y llegase este á producirse, la conducta del médico debe ocupar tres períodos sucesivos que podemos resumir en esta forma: Cuidados durante la preñez, durante el trabajo del parto y finalmente los que se requieren despues de haberse efectuado este.

En el primer caso los tónicos del corazon (digital; esparteina, cafeina cumbalaria, antipirina etc. etc.,) durante los primeros meses, el reposo absoluto en la posicion horizontal en los últimos.

La interdiccion del cloroformo y la abreviacion del trabajo por maniobras obstetricales comprenderán el segundo período.

En cuanto al tercero comprenderá los cuidados que requiere todo cardiaco que toca en sus últimos dias.

Si el matrimonio puede en muchos casos ser un medio para curar cierto grupo de afecciones nerviosas y en particular aquellas que afectan de una manera preponderante

la moral, en presencia de un corazon enfermo, es él quien disminuye enormemente los dias de la enferma.

Prohibamos este y habremos contribuido á uno de los grandes fines que se impone el médico, cual es prolongar en lo posible la vida de nuestros semejantes.

Doctor—*Abel Ayerza.*

Paris.

CLÍNICA QUIRÚRGICA

LIPOMA DE LA REGION GLUTEA

El individuo de que se trata en esta historia se presentó el 5 de Agosto en el consultorio de cirujía con un enorme tumor en la region glútea derecha.

Interrogado sobre sus antecedentes, manifestó que en su familia no había habido persona alguna con afecciones análogas. Tiene 25 años, es italiano, trabaja de maquinista y nunca ha sentido enfermedad alguna de consideracion. Hace remontar el orígen del tumor al año de nacer, y dice que en esa fecha sus padres se apercibieron de la deformidad que recien principiaba á iniciarse. No es estraño que este tumor sea congénito y que haya pasado desapercibido en el primer año por su poco desarrollo.

Pasando ahora al exámen del tumor, vemos que es redondeado, no adherente á la piel ni á los tejidos vecinos, y que fácilmente se puede localizar en el tejido celular subcutáneo. Mide 92 centímetros en su base, que corresponde á la region glútea derecha; un lacis venoso no muy

pronunciado se estiende por su superficie, notándose más en la parte que podríamos llamar vértice. Su consistencia es regular, es renitente y da á la palpacion la sensacion de fluctuacion oscura. Dos punciones, hechas en diferentes puntos con el aspirador de Dieulafoy, han permitido comprobar que en su interior no existe líquido. Tomados estos datos objetivos y preguntado el enfermo sobre los inconvenientes que le ocasionaba la presencia del tumor, manifestó que en nada lo molestaba; puede caminar largas distancias sin esperimentar cansancio, todos los movimientos de la articulacion coxofemoral son normales, lo cual prueba que dicha articulacion no está interesada, las presiones, aun fuertes, sobre el tumor no traen manifestacion dolorosa alguna y nunca ha sentido dolores que puedan ser atribuidos á la existencia del tumor.

En una palabra, no le incomoda en nada y solo trata de librarse de él por razones de estética.

En posesion de estos datos trataré de investigar la naturaleza del tumor. Segun la clasificacion clínica, es un tumor eminentemente benigno; una existencia de 24 años cuando menos, la falta de infeccion general y el estado satisfactorio de su salud alejan la idea de malignidad. Si por su marcha sabemos ya su naturaleza benigna, por la exploracion directa quizás podamos darnos cuenta de su constitucion anátomo patológica. En razon de la falta de líquido quedan eliminados los quistes serosos é hidatídicos; por su consistencia no puede ser ni osteoma, ni condroma, ni fibroma. Ahora, entre los tumores que presentan una consistencia semejante nos quedan el sarcoma, el adenoma, el mioma y lipoma pero en razon del sitio y del volúmen eliminaré tambien el adenoma, el mioma y el sarcoma, el cual no adquiere casi nunca un volúmen colosal, y en el caso de adquirirlo es adherente

á la piel y no tarda en ulcerarla. Se sobreentiende que al hablar de sarcoma me refiero al sarcoma giganto celular ó de mieloplaxos, cuya generalizacion es rara y que se puede clasificar como benigno. Nos queda pues el lipoma, y si bien en el tumor de que tratamos se encuentran los signos que se encuentran en el lipoma, no son tan claros como para asegurar su diagnóstico. He dicho al ocuparme del principio del tumor que quizás sea congénito, y esto nos pone en camino de pensar en un tumor por inclusion fetal, en un quiste dermoide. Si bien su sitio no es de eleccion y su volúmen no es comun en esta clase de tumores, se han notado en todas partes del organismo y teniendo los volúmenes más variados. Al nombrar los quistes dermoides solo quiero hacerlos notar como posibles.

Si despues de eliminar todos ó casi todos los tumores se me pregunta qué clase de tumor es el que me sirve de asunto, responderé sencillamente: no sé con seguridad pero me inclino á creer que se trata de un lipoma. No trataré de disculpar mi ignorancia, y sí solo de justificarla. Si no aseguro nada y solamente opino es porque tengo la conviccion que pretender, por los únicos datos obtenidos positivos ó negativos, diagnosticar tal ó cual tumor con exactitud, sería en mí una presuncion, y porque creo tambien que la seguridad en el diagnóstico de los tumores, así como de las demás afecciones, es hija más de la práctica que de los libros. Ahora, bien prefiero tener probabilidades lógicas, que seguridades infundadas.

De todos modos resumiré el diagnóstico diciendo que es un tumor benigno y que probablemente es un lipoma, dejando el bisturí que supla las deficiencias de la deduccion.

El calificativo de benigno dado al tumor envuelve parte del pronóstico, y si se deja sin operar continuará su

marcha creciente, sin que se tenga medicamento alguno que pueda detenerle en su evolucion natural.

El enfermo viene á ser operado; me parece que debe accederse á su pedido teniendo en cuenta varias consideraciones más decisivas que las que pudieran indicar una abstencion de intervencion.

He dicho que si no se interviene, el tumor seguirá una marcha creciente y estará sujeto á todos los inconvenientes y complicaciones que pudieran presentarse, siendo algunas de estas complicaciones bastante temibles. Ahora bien, si se puede librar al paciente de una deformidad que quizás influya en su felicidad como influye en su estética, librándolo al mismo tiempo de un peligro real, como es el progreso futuro del tumor, no veo el por qué dejarlo de operar cuando se poseen medios para evitar las complicaciones sépticas, que antes de la antisepsia eran el estribillo obligado de toda tentativa quirúrgica.

Por consiguiente, debe estirparse el tumor, y poco me detendré en el procedimiento operatorio, consignando únicamente la opinion de Billroth y Wünwarter que creen deben estirparse con pérdida de piel, los tumores voluminosos, y para esto la incision elíptica me parece la más indicada. La extirpacion debe ser completa para evitar lo que más bien que una recidiva sería una reproduccion.

Este enfermo fué operado por el Dr. Pirovano y salió completamente restablecido del Hospital,

El tumor pesaba 5 kilos.

J. B. Llanos.

NOTICIAS DE CIRUJIA

Litolapaxia—Curacion—J. G. Argentino, de 35 años, ca-

sado, procedente de una provincia del Interior, donde ejerce una profesion liberal, llegó á esta ciudad en el mes de Enero, con el objeto de tratarse de cálculos á la vejiga. Su padecimiento databa de algunos años, desconociendo los primeros médicos de la afeccion que tenía y pretendiendo los otros curar enfermos por medio de los disolventes litontrípticos.

Decidido á operarse, llegó á esta ciudad en un estado de pobreza orgánica manifiesta; demacrado, con fiebre, chuchos, postracion general etc.

Llamado el Dr. Pirovano y reconocida despues de un detenido exámen la presencia del cálculo en la vejiga, se resolvió á practicar la litolapaxia, prefiriéndola á la talla, por el estado del enfermo y la blandura relativa del cálculo, (era de fosfato de cal). La operacion fué ejecutada el dia 18 de Enero por el Dr. Pirovano, ayudado por el Dr. Gandolfo y practicantes Posse y Diaz. La sesion duró una hora y diez minutos, durante los cuales usó alternativamente el litotritor á báscula para la fragmentacion y la bomba de Bigelorn para la aspiracion.

La operacion fué muy laboriosa y el cirujano (Dr. Pirovano) tuvo necesidad de usar grandes precauciones por presentar la vejiga columnas que la hacían peligrosa.

Terminada la operacion y asegurado de que no quedaba un fragmento de cálculo en la vejiga, se practicó un lavaje con una solucion de ácido bórico. Colocado el enfermo en reposo, se le administró píldoras de estracto-tebaico de 0°2 centg, y un régimen alimenticio apropiado.

La noche de la operacion, la temp. era de 38° y al dia siguiente normal, espulsando las primeras veces algunas arenillas en los orines, hasta hacerse completamente claros.

Se levantó al tercer día y dado de alta 28 del mismo mes

TRANSCRIPCIONES

CLINICA MÉDICA

De las complicaciones de la erisipela

En una leccion anterior, despues de haberos expuesto dos observaciones de erisipela leve, curando espontáneamente, hice notar que en otros casos de esta misma afeccion, se producían ciertos accidentes que podían afectar la casi totalidad de los tejidos. Las más frecuentes de estas complicaciones tienen su sitio en el corazon y sus cubiertas, en los riñones y el intestino.

En la cavidad abdominal, los intestinos y el estómago no son los únicos órganos en los cuales pueden hallarse las complicaciones de la erisipela. El *hígado* es á veces atacado, y respecto á este, se ha cometido el mismo error que con el riñon. Puede decirse que en todas las erisipelas mortales, el hígado se halla alterado de cierta manera. ¿Se deducirá de esto que el hígado se halla siempre atacado, y que la misma hepatítis que se observa en los casos mortales existe, en un grado menor, en los casos que curan? Nadie lo ha hecho, apesar de que semejante hipótesis se ha emitido respecto al riñon. La nefrítis difusa existiendo en los casos mortales, se ha concluido de ello que tambien existía en los casos leves; es un error. No se puede sostener tampoco que existe una hepatítis lijera en erisipelas que curan.

La hepatítis que se observa en el hígado de los erisipelatosos, está caracterizada por una tumefaccion opaca y la granulacion de las células hepáticas. Esta hepatítis se halla ciertamente bajo la dependencia de la erisipela, por-

que se ha hallado en los vasos sanguíneos que se diríjen hácia las células alteradas, el micrococcus patognomónico.

El estado del *bazo*, no siempre es el mismo. Este órgano no está siempre hipertrofiado; á veces, al contrario se halla más bien disminuido de volúmen, pero siempre se halla reblandecido, alteracion característica. Cornil y Ranvier han creido que la causa de los cambios experimentados por el bazo era el microbio; pero no han podido hallarlo en el órgano esplénico.

En cuanto á las complicaciones que sobrevienen en el *aparato respiratorio*, y de las cuales la principal es la neumonia, es necesario hacer una distincion fundamental. A veces la erisipela de la cara sigue el trayecto de las vías respiratorias superiores y se extiende por continuidad hasta el pulmon.

A veces éste es atacado sin que pueda seguirse su propagacion. Es necesario, pues, admitir que los órganos respiratorios pueden ser invadidos por continuidad ó como decian los antiguos, por metástasis.

En la erisipela puede á veces producirse la tráqueobronquítis y la neumonía con los signos ordinarios. Segun Strauss y Denucé parece que la neumonía erisipelatosa se distingue anatómicamente de la neumonía comun. En la primera no se hallan exudados fibrinosos en los alveolos pulmonales y en los pequeños brónquios.

La infiltracion está unicamente constituida por leucocitos, carácter digno de notarse. Pero actualmente no puede aceptarse y generalizarse esta opinion de una manera absoluta. En la neumonia erisipelatosa, se hallan en los alveolos pulmonales, gran número de microbios específicos.

Cornil ha citado casos de neumonia ordinaria en algunos erisipelatosos. Puede por lo tanto haber asociacion fortuita de las dos enfermedades. En este caso se hallan

en el pulmon diplococcus neumónicos, pero no microbios erisipelatosos.

La *pleuresia* es bastante frecuente en el curso de la erisipela. No es purulenta cuando la erisipela no se complica ella misma de supuracion. El derrame es serofibrinoso se halla en su interior gran número de microbios específicos.

En el *cerebro*, las complicaciones pueden afectar las *meninges* ó el *encéfalo*. Las primeras no son raras y sorprende ver que no sean mas frecuentes. Se deben á la propagacion de la inflamacion por los vasos. Hay que evitar de sacar en consecuencia que un enfermo atacado de delirio tenga una meningítis, porque los síntomas delirantes pueden depender del alcolismo, de la anemia cerebral, ó de la irritacion nerviosa periférica. Las complicaciones encefálicas se caracterizan anatómicamente por el edema de la sustancia cortical con dilatacion de los vasos. Se ha dicho que el orígen erisipelatoso de estas lesiones se hallaba perfectamente establecido por Schuller, quien, en un caso de afeccion cerebral erisipelatosa típica, ha hallado un gran número de micrococcus en las partes atacadas, en los vasos dilatados y en la neuroglia. Esta observacion no tiene quizás todo el valor que se le atribuye: fué hecha en 1876, época en la cual el microbio específico no era sinó sospechoso. ¿Los microbios de Schuller serian los de la erisipela?

Las *lesiones oculares* son muy importantes y muy frecuentes.

Se trata aquí sobretodo del flegmon retro-orbitario, cuyo pus viene á formar eminencia en el ángulo externo ó en el borde inferior del párpado.

Es grave como flemon y por efecto de la compresion que ejerce sobre el nervio óptico. La *atrofia papilar* es frecuente.

Si la erisipela ha sido grave, si los párpados han permanecido cerrados durante algunos dias, nada advierte su produccion.

El enfermo tiene una ceguera unílateral completa ó casi completa. En ninguna observacion se ha notado mejora consecutiva. La atrofía de la papila vá acompañada de estrechez del diámetro de las arterias pero no del de las venas. Hace recordar á la embolia de la arteria central de la retina. Mucho más rara vez la atrofía papilar es bilateral. Parinano cree que reconoce por causa una influencia más bien cerebral que orbitaria.

La complicacion más notable, la que mejor demuestra la capacidad de difusion de las diferentes erisipelas, se halla constituida por los *accidentes articulares*; antes de la tésis de M. Bourcy, se creía que estas artritis no se manifestaban sino en la vecindad de la piel atacada por la erisipela, y se las imputaba al reumatismo. Mr. Bourcy ha establecido la relacion de estas artritis con la erisipela. Ha demostrado que á veces las articulaciones atacadas se hallan lejos de la piel enferma y que, muy probablemente, la existencia del microbio demostraría el lazo que existe entre la artritis y la erisipela.

La artritis erisipelatosa puede afectar 3 formas. Escepcionalmente es seca; mas á menudo existe hidrartrosis, á veces la artritis es supurada. Segun las previsiones de Mr. Bourcy, Schuller en 1884 halló el microbio específico en el líquido seroso de la artritis erisipelatosa. Otro observador ha llegado al mismo resultado y además ha cultivado é inoculado ese microbio.

En resúmen, las lesiones á distancia en la erisipela no comienzan siempre al nivel de la piel interesada. No se puede pretender que todos estos accidentes sean el resultado de la propagacion de la enfermedad. Los antiguos

tenían pues razon de admitir que se producían por metástasis. Solamente ignoraban el ajente de transmision de la enfermedad. Más felices que ellos, conocemos actualmente este ajente que es el microbio conocido con el nombre de Streptococcus Erysipelatus.

Jaccoud.

(La Semaine Médicale—Enero 5 1888.)

TERAPEUTICA

LA SACCARINA Y SU EMPLEO

Hace algunos años se señaló el descubrimiento de un nuevo producto con este nombre. En algunas palabras hé aquí su historia.

Historia química—El nombre de saccarina ha sido dado á dos cuerpos diferentes. La sacarina de Péligot debe su nombre á su oríjen, la de Fahlberg ha recibido el suyo á causa de sus propiedades esenciales.

La primera se obtiene por la accion de la cal sobre una solucion hirviendo de glucosa. Su fórmula es de $C^6H^{10}O^5$.

Es un cuerpo dextrógiro, poco soluble en frio en el agua pero soluble á la temperatura de la ebullicion; no reduce el licor de Fehling.

La otra sacarina fué descubierta por Fahlberg y Remsen de Nueva-York en 1879. Hé aquí un resúmen conciso de su preparacion:

El tolueno una vez extraido del alquitran es transfor-

mado en sus derivados monosulfacidos correspondientes. El líquido en el cual se han formado se neutraliza por la tiza y la combinacion se lava con agua caliente. En seguida se forma por medio del carbonato de soda una sal alcalina. Esta evaporada y desecada, es mezclada con pentaclorum de fósforo igualmente muy seco. Se forman entonces en aparatos de forma especial, dos sulfo-clorurados del tolueno; el uno sólido y el otro líquido. Este último es el único empleado para la preparacion de la sacarina; se le lava y seca despues del enfriamiento y estransformado por el carbonato de amoniaco y el calor ensulfamida de tolueno. El ácido carbónico habiéndose desprendido queda cloruro de sodio y la sulfamida antedicha. El resíduo por adicion de agua es transformado en una consistencia espesa y pasado en la prensa. Se elimina por medio del agua el cloruro de sodio y la amida, quedando sola gracias á su insolubilidad, se deseca en aparatos especiales. Por la accion del permanganato de potasa y del bióxido de plomo la amida es transformada en sal de sacarina. —Esta es descompuesta por uno de los acidos clorídricos ó sulfúrico. En fin se hace cristalizar en el agua la sacarina precipitada de su solucion salina.

Un método menos costoso consiste en elejir como oxidantes el bioscido de plomo y el vapor de agua. La sal plúmbica de sacarina se trata por el hidrógeno sulfurado, que precipita el plomo y deja en el líquido puro el producto buscado.

Propiedades- Así obtenida la sacarina constituye un polvo blanco, muy fijo que se adhiere á los dedos, muy móvil; disuelta en el agua hirviendo, abandona por enfriamiento, cristales en forma de agujas, pertenecientes al sistema monoclínico. Poco soluble en el agua fria (1|330), se disuelve en el agua caliente el éter, la glicerina y so-

bretodo el alcohol. Funde á 218° y desprende, cuando se la calienta sobre una lámina de platino, el olor pronunciado de la esencia de almendras amargas. Tiene un sabor extremadamente azucarado.

Su fórmula puede representarse así:

$$C^6H^4CO.SO.^2NH.$$

Desde las investigaciones de Fahlberg y Remsen el nombre de *acido anhidro-orthosulfamino benzoico* ha sido cambiado por el de *sulfimide benzoica.*

Aplicaciones terapéuticas—La sacarina presentada poco despues de su descubrimiento en las exposiciones de Amberes y Londres, ha sido juzgada por el mundo sabio de la manera mas favorable.

La sacarina del Dr. Fahlberg es todavía de un precio muy elevado (125 francos el kilo). Esta carestía del producto no es más que relativa; en efecto, está demostrado que *un gramo* de sacarina corresponde á 240 ó 280 gramos de azúcar, y Mr. Fournié de Lyon propone con razon sustituir la sacarina al azúcar para la edulcoracion de los medicamentos sólidos ó líquidos. En efecto segun él, «la farmacia Central de Lyon consume anualmente 48,000 kilogr. de azúcar representando un valor aproximativo de 48,000 francos. Si se le reemplaza por un valor equivalente (bajo el punto de vista del valor sacarino) de sacarina sea $\frac{48000}{280} = 171$ kilos el gasto se halla entónces reducido á $171 \times 120 = 20,500$ francos (número redondo) lo que constituye una ganancia de 26,500 fr., sin estar comprendido en ella lo que resultaría de la enorme cantidad de carbon economizado de la no utilizacion y gasto de los aparatos, de la disminucion del personal de empleados etc. Ademas la sacarina no fermenta, se halla dotada de propiedades antisépticas, y de una inocuidad absoluta. Hay pues que esperar que su empleo no tardará en vul-

garizarse rápidamente, en razon de las serias ventajas que la destinan á las indicaciones múltiples que vamos á pasar en revista.

La sacarina *oculta de la manera más eficaz el sabor amargo de todos los medicamentos* que el médico no se atreve á veces á prescribir por causa de su amargura insoportable. ¿No hace acaso mucho tiempo que los farmacéuticos buscan sin éxito un producto capaz, bajo un pequeño volumen y sin alterar la materia de los medicamentos, de ocultar á los enfermos su sabor desagradable?

El azúcar aumenta el volumen de las preparaciones en proporciones exageradas y tales que muy rara vez se puede recurrir á su empleo.

Se recurre entonces á las ostias, á las cápsulas de gelatina; pero ¿no tienen estos escipientes un inconveniente considerable? No pueden deglutirse fácilmente y son de un empleo casi imposible en la medicina infantil.

Entonces se vé uno obligado á recurrir á soluciones que son muy diluidas para atenuar su sabor, pero que presentan, entre otros inconvenientes el hacer desaparecer el apetito por mucho tiempo.

Hé aquí algunas fórmulas del Dr. Kade, que indican en qué proporciones puede unirse la sacarina á estos medicamentos.

1.°	Sulfato de quina	0,50	gramos
	Acido sulfúrico	Q. S.	»
	Esencia de menta	V	gotas
	Solucion sacarina	10	gramos
	Agua destilada	100	»

—

2.°	Chloral hidratado	5	gramos
	Solucion sacarina	5	»

Agua destilada.....	100	»

—

3ª Acido clorídrico.....	5	gramos
Solucion sacarina.....	5	»
Agua destilada.....	200	»

—

4ª Bicarbonato de soda.....	9	gramos
Acido tártrico.....		
Sacarina.....	2	»

—

La sacarina cuyo poder edulcorante se halla representado por 280, el de la azúcar siendo 1 viene pues á responder á una necesidad urgente y á llenar un vacío inmenso.

¿Quien conocía un medio eficaz para administrar sulfato de quinina á los niños sin hacerles derramar ríos de lágrimas? La sacarina hará esta administracion más fácil, debe emplearse en partes iguales con los alcaloides para producir un efecto suficiente.

La sacarina debe ser útil sobretodo para los diabéticos. Es de una inocuidad perfecta, respecto al organismo porque se lo halla intacta en las orinas de los enfermos. No constituye ni un alimento ni un medicamento; sustancia neutra, en efecto atraviesa sin alteracion las vías dijestivas.

Los diabéticos no tendrán ya que echar de menos todos aquellos alimentos azucarados, aquellos jarabes, el café, el té, etc., que volverán á aparecer en la mesa y se podrá, sin peligro hacérsele buena acojida.

Añadiremos que si los esperimentos faltan todavía para establecer de una manera cierta las propiedades antisépticas de la sacarina, es por lo menos probable que existen y la sacarina está todavía llamada á desempeñar un papel

importante en las afecciones del estómago en las que la antisepcia se halla indicada.

Podrá tambien asociársele á los elementos ordinarios de los polvos para los dientes donde su accion antiséptica y su sabor agradable le harán desempeñar un doble papel.

De todos modos, si la sacarina no parece hasta aquí dotada de propiedades terapéuticas numerosas en cambio está llamada á desempeñar un importante rol industrial, como lo dice tan justamente Mr. Eloy.

Su poder edulcorante permitiría obtener escipientes de menor consistencia y de igual sabor y ocultar el gusto amargo y nauseabundo de ciertos medicamentos.

Chuche.

(Revue Génerale de Clínique y de Térhapeutique.)

REVISTA DE LA PRENSA ESTRANGERA

PARIS

Tratamiento del anthrax por las pulverizaciones fenicadas.

El tratamiento de esta enfermedad abandona poco á poco el terreno quirúrjico. Desde 1883 se empleó la pulverizacion fenicada con exelentes resultados.

Este modo de tratamiento se aplica á todas las variedades de anthrax, pequeños, medianos y grandes, diabéticos, dolorosos, indolentes, cerrados todavía ó abiertos por esfacelacion espontánea ó por accion quirúrjica etc. Este tratamiento tan sencillo, se ha mostrado muy superior á los demás, haciendo cesar rápidamente los sufrimientos

y limitando el mal. En el debut sobre todo y como tratamiento abortivo, es inmejorable; pero naturalmente este tratamiento no impedirá la marcha de los accidentes cuando los anthrax hayan llegado á un esfacele estendido, y en enfermos que han llegado al último grado de caquexia.

Sinembargo la cauterizacion ígnea debe emplearse para los desbridamientos cuando ellos sean necesarios y cuando las pulverizaciones no sean bastante eficaces.

A priori puede tambien creerce que el forúnculo puede hacerse abortar la de manera más fácil por este tratamiento.

El método es sencillísimo; un pulverizador á alcohol, funcionando 25 minutos para los anthrax pequeños ó que ya estan abiertos. Para los grandes tumores, aparatos más poderosos son necesarios por la cantidad mayor de vapor obtenida y mayor fuerza de penetracion.

La solucion fenicada es el 2 o|o. Dos, tres ó cuatro sesiones diarias, bastan segun los casos.

Hé aquí las recomendaciones esenciales:

1 ° Resguardar cuidadosamente contra el spray las partes vecinas del anthrax con compresas, vendas de diachylon servilletas, cojinetes etc. con el objeto de no mojar el enfermo, su cama ni vestidos.

2 ° Dar al paciente una actitud cómoda durante la sesion, á fin de que no se canse y no experimente sino el bienestar que es la regla general.

Este tratamiento en resúmen permite escapar á las acciones quirúrjicas ejercidas sobre el foco patológico y susceptibles de esparcirse en la superficie de la llaga y de colonizar en el interior, por auto-inoculacion externa, ó por penetracion en el torrente circulatorio, los microbios que se hallan encerrados en el anthrax.

Verneuil.

(Acadèmie de Médicine)

Las enfermedades del estómago juzgadas por un nuevo reactivo.

Hace ya muchos años se han preocupado, sobretodo en Francia, de la investigacion de los mejores medios de aclarar el diagnóstico y el pronóstico de las afecciones gástricas.

Para reconocer la composicion química del jugo gástrico se han empleado las diversas materias colorantes derivadas de la anilina, pero estos reactivos dejan mucho que desear. Hace proximamente dos meses que el Dr. Günzburg señaló un reactivo colorante de los más sensibles, es la floroglucina vanillina. Los experimentos que he practicado me han dado resultados tan satisfactorios que creo deber comunicarlos á la Academia.

(Mr. G. Sée pasa en revista las enfermedades del estómago, cuyo diagnóstico puede fundarse más particularmente en el exámen químico del jugo gástrico: recuerda sus trabajos sobre las dispepsias y los de Mr. Laborde sobre los reactivos del jugo gástrico etc. y dá enseguida la formula de Günzburg para la solucion de floroglucina vanillina.)

Solucion alcohólica de floroglucina 2 partes, id de Vanillina 1 parte.

Añadiendo á esta mezcla ácido clorídrico se forman por precipitacion cristales rojo-escarlata.

Si el ácido crorídrico es muy diluido, no se emplean sino algunas gotas solamente de la solucion que se desea examinar y del reactivo de Günzburg. Este reactivo reacciona con diluciones de 5 o|ooo. Los ácidos orgánicos, tales como el ácido láctico no ejercen accion sobre él.

Para recojer el jugo gástrico hago uso del aspirador Potain bastan dos ó tres golpes de émbolo para reunir algunos centímetros cubicos de jugo gástrico. Este debe

recojerse 45 á 60 minutos despues que el enfermo ha injerido un huevo duro y un vaso de agua.

Hé aquí las consecuencias que deduzco de los resultados obtenidos:

En realidad pueden reducirse á 2 las enfermedades que disminuyen al mínimun el ácido clorídrico y son:

1 ° El carcinoma del estómago, con ó sin dilatacion, quizas la atrofia ó la degenerescencia amiloidea de este órgano; 2 ° Ciertas dispepsias llamadas mucosas y sobretodo las que resultan de la inanicion, del marasmo, etc.

Para el cáncer este signo es más importante que la disminucion de la cifra de la úrea. En la dilatacion del estómago la composicion del jugo gástrico es variable, á veces es ácida y otras alcalina.

Aunque el ácido clorídrico falte no está todo perdido, porque la dijestion intestinal puede reemplazar la dijestion estomacal es lo que sucede particularmente en los brighiticos, los diabéticos y los tuberculosos que se quejan rara vez del estómago. Lo que contituye la gravedad de la falta de ácido clorídrico en el cancer, es que todas las funciones se hallan comprometidas por éste, tanto las del intestino como las del estómago, de manera que los alimentos no son ni *digeridos*, ni *transformados*, ni *absorbidos*.

Paso ahora á las consecuencias terapéuticas de estos hechos.

En presencia de una afeccion gastro intestinal, no existen sinó tres medicaciones cuyas indicaciones puedan discutirse. Estas son: la *cloridroterapía*, la *alcalinoterapia* y los *evacuantes mecánicos* y *físico químicos*.

El verdadero dominio de la chloridroterapía es la dispepsia con poco ácido, ó bien la dispepsia en que predominan los acidos orgánicos; se halla pues indicada en la dispepsia mucosa y tambien en las dilataciones.

La alcalinoterapía es todavía discutida, por lo menos en

cuanto á dósis; generalmente esta es muy débil, hay en efecto que neutralizar el exceso de ácido; es necesario sobrepasar la dósis indicada por el exámen químico.

Los evacuantes se aplican á todos los casos de afecciones atónicas del intestino y del estómago; si la dilatacion del colon es el punto de partida de una dilatacion estomacal, es el lavage es decir un evacuante mecánico el que se necesita. Si el intestino provoca fenómenos pseudo-dispépticos estomacales, son los purgantes y laxantes los indicados.

Hace tiempo que los purgantes, aun drásticos, gozan de una reputacion popular en el tratamiento de las dispepsias ¿porqué? es que evidentemente se trataba de pseudo-dispepsias que tenían su asiento en el intestino.

Germain Sée.

(Académie de Médicine.)

Paris

CLÍNICA MÉDICA

Sobre la patogenia del mal de Bright.

Segun las nociones clásicas, las nefrítis crónicas epiteliales, encerradas bajo el nombre comun de *grueso riñon blanco* (mal de Bright parenquimatoso), reconocen, segun los casos una patogenia muy diferente. Algunas de estas nefrítis tienen probablemente por causa algun resto de una enfermedad anterior; otras parecen debidas al frio y á las perturbaciones de las funciones cutáneas consecutivas al enfriamiento, otras, en fin son de oríjen tóxico; pero aparte de la nefrítis saturnina que es una nefrítis in-

tersticial de naturaleza especial, los venenos minerales dan generalmente lugar á una nefrítis aguda.

Sin entrar pues en la discusion de las opiniones que acabo de recordar, el presente trabajo tiene por objeto mostrar, como ya lo habia indicado anteriormente, que el mal de Bright epitelial, el *grueso riñon blanco* reconoce tambien lo más ó menos por oríjen un ajente tóxico. Me refiero aquí al mal de Bright, en cierto modo primitivo, que se desarrolla sordamente, insidiosamente, sin que sea posible hallarle una etiología bien determinada. Pero aquí ese veneno, en vez de venir del exterior, es producido en el organismo mismo.

Este veneno, de naturaleza compleja, se compone de las diversas materias extractivas que resultan de la oxidacion incompleta de las materias azoadas. Los experimentos que he instituido prueban, en efecto, la accion nociva de estas materias tóxicas sobre el riñon.

Introduciendo, por inyeccion sub-cutánea en el organismo de un cobaye, durante cierto número de dias, una cantidad cada vez mayor de creatína, de lencina, de tirosina, de creatinina, de xantina ó de hipoxantina en solucion acuosa, se llega á provocar en el animal la albuminuria, finalmente se concluye por matarlo; en la autopsia se halla una nefrítis epitelial de la misma naturaleza que el riñon blanco. La acumulacion de las materias extractivas en la sangre puede pues, por efecto de la eliminacion de estas materias al través del riñon, irritar los epitelios secretores y dar oríjen á una nefrítis parenquimatosa.

Todas estas materias extractivas, en estado normal, existen en muy pequeña cantidad en la circulacion; pero su produccion aumenta en muchos estados patolójicos.

En primera línea las enfermedades del hígado interrumpen la transformacion de la materia azoada; y en las afecciones del parénquima hepático la formacion de las

materias extractivas aumenta, en proporciones más ó menos notables, mientras disminuye la cantidad de úrea excretada. Es pues, verosímilmente, á esta acumulacion de detritus de la desasimilacion azoada en la sangre, que debe atribuirse la frecuencia de la albuminuria en la cirrósis del hígado. Hay tambien otra enfermedad en la cual el parénquima hepático se halla más profundamente lesionado, es la icteria grave. La nefrítis de la icteria grave es una nefrítis epitelial que, además de la impregnacion biliar, presenta todos los caractéres del riñon blanco; y se sabe precisamente que en la icteria grave, la produccion de las materias extractivas es abundantísima y que la cifra de la excrecion de la úrea disminuye más que en cualquier otra enfermedad.

En todas las enfermedades crónicas existen tambien perturbaciones de nutricion que deben disminuir la combustion completa de las materias azoadas.

La influencia de las materias extractivas sobre el riñon es todavía más extendida; puede igualmente ejercerse en estado de salud. Se sabe, en efecto que todos los elementos cuaternarios encierran algunas de estas sustancias azoadas incompletamente oxidadas; que el caldo sobretodo, y el caldo concentrado especialmente, los extractos de carne y los polvos de carne, encierran una proporcion considerable de estas. Por lo tanto, la introduccion de estos alimentos ricos en materias extractivas puede ser nociva, especialmente para el riñon. Lo es sobretodo en los casos en que el riñon no funciona bien y cuando la eliminacion de estas sustancias tóxicas se halla retardada.

Entónces pues, introduccion exesiva ó produccion exajerada de materias extractivas en el organismo, ó aun con una produccion normal, eliminacion insuficiente; tales son á mi entender, las condiciones patogénicas ordinarias del riñon blanco.

La introduccion exagerada ó la produccion exesiva de materias extractivas, bastan ellas solas para producir el mal de Bright epitelial; pero, si una nefrítis crónica existe ya, la falta de eliminacion de esas materias agravará la lesion renal. Es probablemente á la irritacion producida sobre el filtro renal por estas materias extractivas, cuya eliminacion se halla perturbada, que deben atribuirse las complicaciones epiteliales de la nefrítis intersticial y la produccion de lo que se ha llamado nefrítis mixta.

De estos datos experimentales, se deducen tambien importantes enseñanzas terapéuticas. Una de ellas es el peligro del uso del caldo en las nefrítis; para los brighticos el caldo es una solucion de veneno. Igualmente sucede en todas las enfermedades, y aun en los individuos sanos, con el uso de los extractos de carne, los caldos concentrados, los polvos de carne, que además de las sales minerales tóxicas, principalmente las de potasio, encierran venenos orgánicos, y precisamente todas las materias excrementicias cuya accion nociva acabamos de demostrar.

En las enfermedades crónicas hay perturbaciones constantes de la nutricion, en las fiebres igualmente; la transformacion de la materia se opera incompletamente; hay produccion anormal de extractivas. Si por la alimentacion, se añaden todavía sustancias tóxicas á las que existen ya en la economía, se crea un doble peligro, peligro tanto mayor cuanto que la lesion renal es una nueva causa de acumulacion por falta de eliminacion.

Gaucher.

(Société médicale des Hôpitaux. Enero 1888.)

Paris

Relaciones entre el sistema nervioso y la nutricion

OBESIDAD Y ENFLAQUECIMIENTO

He probado ya que las perturbaciones de los centros nerviosos disminuian la úrea y el número de los glóbulos rojos. Hoy me propongo demostraros por hechos clínicos que las alteraciones de los centros nerviosos tienen por efecto hacer desviar los alimentos del objeto que están llamados á desempeñar y transformarlos todos en grasa: lo que equivale á decir que la obesidad no es provocada sino por las perturbaciones funcionales de los centros nerviosos.

Cuando por un tratamiento convenientemente apropiado (réjimen alimenticio, higiene general) el sistema nervioso se restablece, la grasa disminuye poco á poco y el individuo vuelve á tomar la corpulencia que debe tener.

Si los centros nerviosos enfermos son causa de obesidad, son tambien causa de enflaquecimiento, y el individuo inútilmente aumentará su racion alimenticia, continuará á enflaquecer, si un tratamiento apropiado no restablece e sistema nervioso.

El sistema nervioso hallándose normal, la carne que consumimos se traduce como producto excrementicio por la úrea; los hidrocarbonados se manifiestan por el ácido carbónico; si la cantidad de carne consumida es mayor, si la cantidad de hidrocarburados ha aumentado, la cifra de la úrea y la del ácido carbónico aumentan-

Si los centros nerviosos se enferman, el aumento de la nutricion en albuminoides y en hidrocarbonados disminuye más bien la cifra de la úrea y del ácido carbónico en vez de aumentarla.

En apoyo de estas consideraciones, me permitiré relataros brevemente algunas observaciones.

Un anciano obeso se quejaba de vértigos, insomnios, dolores de estómago, zumbidos de oido, etc.

Prescribíle el descanso, y carne dos ó tres veces por semana, pero dejándole libertad para alimentarse á su gusto con féculas, huevos, leche y café. Enflaqueció de 45 libras en 6 meses y entónces ya no padecía de vértigos é insomnios, respiraba fácilmente y podia caminar sin dispnea.

En Diciembre de 1886 una jóven muger de 27 años, madre de cinco niños, obesa, se presenta á mi consultorio.

Hace 4 años que se queja de cefalalgias, zumbidos de oido, insomnios, dificultad en la respiracion y de transpiraciones contínuas. Las palpitaciones le impedían subir las escaleras, se hallaba sin apetito y tenía el estómago distendido. A esta enferma le prohibí la marcha, el movimiento, no la autoricé á tomar carne ó pescado sinó una vez por semana; pero en cambio le permití alimentarse con féculas, huevos, sopas, etc. Poco á poco el tubo digestivo se restableció y la enferma enflaqueció de 52 libras en nueve meses.

Uno de mis jóvenes colegas de 31 años, obeso y sufriendo de cólicos hepáticos, vino á consultarme; le autoricé á comer carne una vez por dia y le aconsejé se alimentase abundantemente con leche, huevos, fécula y café.

Los cólicos hepáticos desaparecieron y disminuyó en 3 ó 4 meses de 30 libras.

En resúmen, de estos 3 enfermos, dos fueron obligados

á hacer la menor cantidad de movimientos posible y el tercero continuó á ocuparse de su clientela. Estos 3 enfermos enflaquecieron de 30, 45 y 52 libras; lo que es interesante observar es que el enflaquecimiento no sobrepasa cierto límite. No depende de la cantidad de alimentos injeridos; sinó que se detiene cuando el sistema nervioso ha recuperado su equilibrio.

Cada uno de estos enfermos ha tomado, durante el transcurso del tratamiento una pequeña dósis de bromuro de sodio y algunos gramos de fosfato de cal, con el objeto de calmar el estómago y el sistema nervioso.

Estos enfermos no enflaquecen porque suprimo la grasa de su alimentacion, puesto que el huevo encierra 12 o|o de grasa y 12 o|o de albúmina, la leche 3 o|o de albúmina, 3 o|o de grasa y 5 o|o de hidrocarburos; el macaroni, que la segunda enferma usaba en gran cantidad se compone de 12 o|o de grasa, 37 o|o de hidrocarburo y 8 o|o de albúmina. Si los enfermos enflaquecen es porque los huevos, la leche y las féculas no exitan el plexo solar; no sucede lo mismo con la carne, que lo escita y mantiene la irritacion de todo el sistema nervioso.

Si ordeno el reposo á los obesos, es porque el sistema nervioso enfermo sufre con el movimiento, y hay algunos que no enflaquecen si no graduan la cantidad de ejercicio; no han comprendido que es el sistema nervioso el que regula todas las acciones químicas del organismo y que á el están subordinadas las modificaciones de los alimentos.

La obesidad no se presenta sinó cuando el sistema nervioso está desequilibrado; es á menudo el primer síntoma de este desequilibrio.

El individuo que tiene un sistema nervioso resistente puede, sin llegar á ser obeso, alimentarse indistintamente con grasas, hidrocarburos, etc, pero en cuanto uno de los centros nerviosos está afectado la obesidad puede aparecer.

Los patolojistas han observado que la obesidad coexistía á menudo con las cefalalgias, los vértigos, las neuralgias, el asma, el eczéma, el reumatismo, los cólicos hepaticos, etc.,—y han reunido todos estos hechos patológicos bajo un nombre: diátesis artrítica. No han reconocido que todos estos estados mórbidos eran determinados por las alteraciones de los centros nerviosos.

La diátesis artrítica no existe en realidad, porque todos los accidentes llamados artríticos desaparecen en cuanto el sistema nervioso se restablece.

Es fácil comprender que si la obesidad no ha sido conocida en cuanto á su oríjen y naturaleza, la terapéutica más singular debió serle aplicada. Algunos como Oerssel prohiben la bebida, otros (Debove, Sée) la aconsejan porque el agua, dicen, favorece la asimilacion y desasimilacion. Ciertos médicos prohiben el sueño, porque disminuye la oxidaciones; Ebstein ordena alimentos grasos, para disgustar y saciar al enfermo obeso de su alimento y enflaquecerlo por inanicion.

Los alcalinos se aconsejan porque las grasas son mejor comburadas; ordenan tambien muy á menudo baños de vapor, que no tienen otro resultado sinó agotar las fuerzas del individuo y enfermarlo aun más.

Recordaré tambien el sistema de Banting que ha servido para matar muchos obesos.

Todos estos medios terapéuticos se han deducido del empirismo.

El médico, para el tratamiento de la obesidad, no debe tener presente sino el sistema nervioso, y debe prohibir todo alimento ó medicamento que irrite el estómago, la gimnasia, las armas, los escesos de trabajo intelectual, etc.

El enflaquecimiento es provocado en el mayor número de los enfermos por la perturbacion de los centros nerviosos, absolutamente lo mismo que la obesidad.

El individuo nervioso, si ha conservado un gran apetito inútilmente se alimentará y aumentará su racion alimenticia; continuará enflaqueciéndose mientras los centros nerviosos queden enfermos; no comienza á engordar, aun con una racion alimenticia disminuida sinó cuando estos comienzan á mejorar.

Si un enfermo enflaquece de 30, 40 libras en un año, si es jóven y tose á menudo, lo que es comun en el nervioso, el médico con los datos de la patología actual entrevé siempre una tuberculosis inminente. Si el individuo tiene 50 ó 60 años, teme el cáncer; generalmente el neurosismo en ambos ha sido causa del enflaquecimiento.

En apoyo de estas consideraciones citaré solamente los cuatro hechos siguientes:

1° Una muger de 26 años enflaqueció de 48 libras en 8 meses, apesar de alimentarse mucho porque goza de apetito. Cada mes su cuerpo pierde 6 libras de su peso; se queja de cefalalgias, disminucion de la voluntad, zumbidos de oidos, dolores en los músculos de los brazos y de las piernas. Su plexo solar es doloroso.

2° Un hombre de 35 años pierde 30 libras en 15 meses, alimentándose abundantemente porque el apetito es vivo, pero cada una de las comidas le produce dolores y escitaciones gaseosas. Al mismo tiempo tenía vértigos, obnubilaciones, dolores al nivel del hombro izquierdo, edema de la pierna izquierda, etc.

Las otras dos observaciones son las de individuos que han enflaquecido de 35 y de 20 libras en algunas semanas.

Estos 4 enfermos fueron sometidos al tratamiento indicado y casi inmediatamente los síntomas nerviosos disminuyeron, y su desaparicion coincidió con la recuperacion de su corpulencia normal.

En resúmen, enflaquecimiento y obesidad dependen de las alteraciones de los centros nerviosos.

El individuo enflaquece cualquiera que sea la cantidad de alimentos que injiera, no porque no dijiera sus alimentos, sino porque su alimentacion, su higiene hechas al acaso, sin principio fisiolójico, agravan el estado mórbido de los centros nerviosos. En cuanto estos se hallan heridos, el individuo puede llegar á ser un obeso ó un enflaquecido, la obesidad y el enflaquecimiento tienen el mismo sentido fisiológico, ambos no curan sino cuando los centros nerviosos han sido curados.

Leven.

(Société de Biologie---Enero 1888.)

París

Nuevas investigaciones sobre el veneno contenido en el aire espirado

---

En la última sesion hemos mostrado que condensando los vapores acuosos que salen de los pulmones del hombre y de los mamíferos en perfecta salud, obteníamos un líquido tóxico, muy poderoso, capaz de producir un envenenamiento en general, rapidamente mortal.

Hemos hecho nuevos esperimentos, no solamente confirman nuestras primeras investigaciones, sinó que además demuestran que el veneno que habíamos descubierto es un alcaloide orgánico, y no, como pudiera haberse supuesto, un microbio ó una serie de microbios.

Inyectamos el líquido proveniente de la condensacion de las exhalaciones pulmonales, debajo de la piel de un co-

nejo y constatamos la produccion de los mismos fenómenos tóxicos que hallamos despues de la inyeccion de 4 á 30 gr. de este líquido en una arteria ó en una vena.

El animal muere sin convulsion y se halla examinando las cavidades toráxica y abdominal, que el corazon y los gruesos vasos, sobretodo la vena cava contienen mucha sangre roja (en vez de presentar como en la muerte ordinaria sólo una pequeña cantidad de sangre negra en el lado venoso del corazon), al mismo tiempo que las arterias y el ventrículo izquierdo no contienen sino rastros de sangre y de color negra.

Otras constataciones hechas en la autopsia muestran que el veneno pulmonar es un irritante de los más violentos de la base del encéfalo.

En fin sometiendo este líquido tóxico á la ebullicion durante algun tiempo para experimentarlo despues, hemos reconocido que su poder tóxico habia aumentado notablemente, lo que nos lleva á creer que pertenece á una sustancia orgánica segregada por los pulmones y no á microbios.

Hemos llevado á cabo además cantidad de investigaciones que demuestran que esta sustancia orgánica es un alcaloide volátil comparable, en muchos puntos á las sustancias tan bien estudiadas por Mr. Armand Gautier con los nombres de leucomainas y tomainas.

En resúmen, nuestras principales conclusiones son:

1° Que en el aire confinado se halla un principio volátil, mortal, proveniente de los pulmones y mucho más peligroso que el ácido carbónico que tambien se halla en él.

2° El aliento humano, así como el de los animales contiene un veneno de los más poderosos.

Brown-Séquard y a Arsonval.
(Académie des Sciences.)

Anales en Chile, fué encargado por la Junta de Salubridad de Santiago de la Direccion del Lazareto del Sud ó de Camino de Cintura durante la última epidemia colé. rica.

Ha tenido oportunidad, en inmejorables condiciones, de hacer observaciones clínicas interesantes y poner en práctica la mayor parte de los tratamienos preconizados, contra la terrible epidemia. El Dr. Aguitrre es ardiente partidario de la teoría microbiana y en casi todos los medios empleados para combátir la enfermedad ha tomado en cuenta especificidad del la bacterio. Ha empleado con bastante exito la hipodermoclísis, la peritoneoclísis, la enteroclísis, y las inyecciones intrarenosas de serum artificial. El tratamiento sintomático acompañaba al tratamiento específico. La enteroclísis tánica fué la más generalmente empleada,—y el enteroclistor un aparato injeniosísimo y de una sencillez notable, que permite graduar la presion de la columna líquida por la mayor ó menor altura del depósito que puede subir y bajar á voluntad á lo largo de un vástago de madera. La cantidad de líquido inyectada variaba entre 2 y 5 litros.

Hé aquí el resúmen de los casos tratados y su resultado:

Entrados.	1364
Fallecieron	920
De estos últimos eran	
Hombres.	559
Mugeres	322=920
Niños.	39

El autor atribuye la gran mortalidad al mal estado en que llegaban los enfermos al Lazareto, habiendo sido transportados allí en carretas que tardaban 8 á 10 horas en trasladarlos.

Formulario

IODOFORMO INODORO

Numerosas son las sustancias que se han propuesto para ocultar el olor del iodoformo. Mr. Cantrelle farmacéutico propone el siguiente medio:

Iodoformo puro	1 gramo
Mentol	0,05
Esencia de lavanda fina. .	1 gota

Queda de esta manera enteramente oculto el olor desagradable del iodoformo durante todo el tiempo que puede durar una curacion.

NOTICIAS

Administracion de los Anales—La Comision Directiva en su última reunion resolvió nombrar al señor Osvaldo Loudet Administrador de los «Anales» para el año 1888 en reemplazo del señor Diógenes Decoud, Administrador renunciante.

El Dr. J. M. Astigueta—Es indudable que el Dr. José M. Astigueta será nombrado Director de la Asistencia Pública, en cuanto el Dr. Ramos Mejia se reciba del cargo de Diputado Nacional.

La competencia que el Dr. Astigueta ha demostrado siempre en el desempeño de todas las funciones que ha llenado, es una garantía para la buena administracion de la Asistencia Pública.

Albert Robin—En el próximo número comenzaremos la publicacion de un interesante trabajo de este autor, Miembro de la Academia de Medicina de Paris, titulado: «Tratamiento de las fiebres y de los estados tifoídeos por el método oxidante y eliminatriz.» Es un ensayo de química fisiológica aplicada á la terapéutica, una novedad científica de mucha trascendencia puesto que su objeto es tratar de cambiar la faz de las teorías antitérmicas actuales.

RUSIA

El microbio de la coqueluche por el profesor *Aphanassiew* (Wratsch, nñm. 34, 37, 38—1887.)

En los esputos de los niños atacados de coqueluche el autor halló un bastoncillo particular muy fino y muy corto, distinguible por sus propiedades morfológicas y biológicas, de todos los micro-organismos análogos. Una pequeña cantidad del cultivo puro de este microbio introducido en el pulmon (por via larínjea ó por medio de una inyeccion directa hecha en el tejido pulmonar, provoca en el animal sobre el que se experimenta una enfermedad que se asemeja bajo todo punto de vista á la coqueluche de los niños. La semejanza entre esta enfermedad provocada en el conejo, y la coqueluche es sobretodo notable durante los accesos de tos que sobrevienen de tiempo en tiempo en el animal enfermo.

En la autopsia de los animales que sucumben como en la autopsia de los niños muertos de coqueluche el autor ha hallado siempre el bastoncillo característico en la mucosa de los bronquios y á veces tambien en la de la nariz y larinje.

El *bacillus tussis convulsivoe* no se halla en la sangre, orina, etc. Mr. Aphanassiew ha consagrado un año entero al estudio de las particularidades morfológicas y biológicas del microbio. Su asistente Mr. Sentschenco ha escrito un artículo sobre el bacillus.

Sus deducciones son las siguientes: «Como el microbio se halla anidado esclusivamente en la mucosa respiratoria y no penetra en los líquidos de la economía, el único tratamiento racional de la coqueluche debe consistir en inhalaciones de sustancias medicamentosas.»

El porvenir dirá cual es entre las sustancias microbicidas la que goza de mayor eficacidad y destruye más facilmente el *bacillus tussis convulsivoe* de Aphanassiew.

BIBLIOGRAFIA

Farmacoterapia dosimétrica comparada por el Dr. S. Laura Turin.—Traduccion francesa por E. Gras, 528 pág. 1887.

El sábio profesor de la Academia de Medicina de Turin Dr. S. Laura, Miembro de la Academia Real de Medicina, acaba de publicar con este título un importante tratado de terapéutica dosimétrica que encierra todos los datos é instrucciones relativos á la accion fisiolójica y terapéutica de los medicamentos así como un estudio detallado de las indicaciones y contraindicaciones para la práctica corriente. Viene precedido de una carta del Dr. Burggraeve, creador de la medicina dosimétrica, al autor, agradeciéndole su dedicatoria;—y de una introduccion del profesor Laura sobre la Dosimetría.

Es la obra más importante que hasta ahora se ha publicado sobre este tema; como texto moderno es tambien indispensable consultarlo para el conocimiento de las propiedades de los nuevos medicamentos que hoy dia llaman la atencion de los terapéuticos. La parte mejor tratada de la obra es la titulada alcaloido-terapia.

Memoria Clínica Terapéutica del Cólera Asiático en el Lazareto del Sur, por el Dr. Francisco Aguirre.—Santiago de Chile 1887—84 páginas.

El Dr. Francisco Aguirre, socio corresponsal de los

ABRIL DE 1888.

ANALES

DEL

Círculo Médico Argentino

AÑO XI. — 1888. BUENOS AIRES TOMO XI. — No 4

ARTÍCULOS ORIGINALES

Sobre fracturas del fémur y estension continua.

Voy á esponer lo que he observado en diez y seis casos de fractura del fèmur, y á fijar el orijen y modo de obrar del procedimiento de estension continua que se ha empleado en todos ellos.

Estos diez y seis casos de fractura del fémur se han presentado en el Hospital de Clínicas desde Mayo de 1886 hasta Diciembre de 1887; nueve de ellos eran del lado izquierdo, seis del lado derecho, uno de ámbos lados.

La estadística de Hamilton y Hyde, que juntas comprenden 558 casos, establecen que el fémur se fractura con mas frecuencia en el medio que en las estremidades, y en la estremidad superior que en la inferior. En las diez y seis fracturas del fémur que he observado se realiza esta asercion; cinco de ellos eran del cuello, una del tercio superior, ocho del tercio medio, y tres del tercio inferior.

Solo he visto una fractura del fémur complicada con herida, y no la incluyo en el grupo de observaciones que analízo porque se trataba de una herida por arma de fuego; una bala de revólver había perforado el muslo en su tercío inferior, la fractura se manifestaba por los síntomas clásicos, y era acompañada de derrame articular de la rodilla, sobre cuya produccion en este caso llamo la atencion.

Frecuentemente las fracturas del fémur se han persentado acompañadas de otra lesiones; en un caso hubo que amputar el brazo derecho, en otro habia una fuerte contusion del hipogastrio, dos presentaban heridas contusas del cuero cabelludo, otro, por fin, tenia una heridita contusa de la pierna.

Las circunstancias en que se producen las fracturas del fémur esplican esta frecuente concomitancia de otras lesiones. Casi siempre se trata de un albañil que cae del andamio, de un carrero sobre el cual pasa el carro, de un cochero apretado por el coche que vuelca, de víctimas de un derrumbe, de lesionados por máquinas en movimiento, etc.

He encontrado que la fuerza fracturante ha obrado directamente sobre el fémur en doce de los diez y seis casos; en un hombre de 49 años una fractura del cuello del fémur era consecutiva á un golpe sufrido por la estremidad inferior del muslo.

La accion muscular parece haber obrado principal ó esclusivamente como causa de la fractura en dos casos.

L. G., 15 años, entra al Hospital de Clinicas el 11 de Junio de 1887 — Nº. 5 — Sala 1ª. — Servicio del Doctor Pirovano. — Ese mismo dia se ha fracturado el fémur derecho en estas circunstancias: trataba de mover un cajon, empujandolo, cuando cayó, y quedó en el suelo con los miembros inferiores en completa abduccion, el izquierdo en direccion rectilinea, el derecho formando ángulo algo arriba de la rodilla; la impotencia, la rotacion esterna, el acostamiento, la mobilidad anormal, la crepitacion no dejan duda de que se trata de una fractura del fémur en su tercio inferior.

J. R., 46 años, entra al Hospital de Clínicas el 17 de Diciembre de 1887 — Nº. 5 — Sala 1ª. — Servicio del Dr. Pirovano. — Tres dias ántes iba con una bolsa de harina al hombro, cuando sin tropezar, cayó y no pudo levan-

tarse; encuentro impotencia absoluta del miembro inferior izquierdo, rotacion de este hàcia fuera, acortamiento de un centimetro, dolor á la presion sobre el trocánter mayor, y diagnostico fractura del cuello del fémur.

La influencia de la edad, como factor etiolojico, era manifiesta en los casos que he observado. La edad media de los casos de fractura de la diáfisis era treinte y un años y siete meses, la de los casos de fractura del cuello cuarenta y dos años y algo mas de siete meses, estos últimos parecian de mas edad que la que decian tener.

Está, por otra parte, definitivamente establecido que la edad avanzada es la predisposicion por excelencia á las fracturas del cuello del fémur. Se la ha considerado como una predisposicion necesaria para las fracturas intra-capsulares, y como repetidas veces niños han presentado el cuadro sintomático de estas fracturas, ha habido que atribuir esos sintomas á un desprendimiento epifisiario. Siendo así, la edad media de los casos de fractura intra-capsular del cuello seria superior á la de los de fractura estra-capsular; es lo que creen Astley-Cooper y Hamilton, y lo contrario de lo que Robert Smith ha encontrado en estadísticas. Las cinco fracturas del cuello que he visto son pocas para sacar de ellas conclusiones en un punto como este; en tres casos no se pudo diagnosticar si la fractura era intra ó estra-capsular; siendo los enfermos de 39, 39 y 40 años; en los otros dos, la fractura muy probablemente intra-capsular, se habia producido en individuos de 46 y 49 años.

El cuadro sintomático de las fracturas del fémur es caracteristico; á los síntomas de las fracturas en jeneral, reune otros dependientes del estado en que la fractura coloca al enfermo, y de las condiciones anatómicas del miembro inferior.

Todavia está el enfermo en la camilla, y se nota un dato de la mayor importancia, la posicion del miembro,

cuidadosamente inmobilizado en rotacion esterna. Un exámen mas detenido ratifica la observacion primera; la eversion del pié es mas ó ménos marcada; á veces este descansa sobre la cama por toda la estension de su borde esterno; la rotacion del pié está en algunos casos exajerada por la posicion del cuerpo, en rotacion tambien, en decúbito semi-lateral.

Este síntoma es casi constante; en diez y seis enfermos lo he encontrado doce veces; en un caso de fractura del cuello el miembro estaba en posicion normal; lo mismo he observado en dos casos de fractura de la diáfisis, una del tercio medio, otra del tercio inferior; solo he visto la rotacion hácia dentro en un caso de fractura en la union de los dos tercios inferiores.

Hay que notar que en el decúbito dorsal perfecto, los piés, en el estado normal, están líjeramente inclinados hácia fuera.

Me parece que la mejor esplicacion que se ha dado de la rotacion del miembro hácia fuera en las fracturas del fémur, es la basada en los esperimentos de Brun, que la atribuye á que el centro de gravedad del miembro inferior está por fuera de la recta que une la cabeza del fémur y el talon. Esta accion de la gravedad debe ser mucho mas constante y activa que la de los músculos rotadores y del ajente vulnerante invocada por otros, y que conviene reservar para los casos de falta de rotacion ó de rotacion interna.

En nueve de los diez y seis enfermos, he encontrado una deformacion del muslo mas ó ménos marcada, consistente siempre en una eminencia hácia fuera y adelante, y debida á la desviacion angular de los fragmentos. Entre los casos en que no he notado esta deformacion ni otra alguna del muslo figuran todos los de fractura del cuello.

Mucho mas importante que esta deformacion local es la deformacion jeneral que sufre el miembro, el acorta-

miento. Lo he encontrado en todos los casos; en unos era era perceptible á primera vista, en otros su comprobacion exijia mediciones repetidas. Solo relativamente a trece enfermos tengo datos positivos sobre el grado del acortamiento; no lo he medido en dos enfermos que lo presentavan manifiesto; en el caso de fracturas de ámbos fémures, una del cuello, otra de la diáfisis, la medicion mostró una diferencia de un centimetro entre un lado y otro, á favor del lado de la fractura del cuello y, como esta diferencia no representaba probablemente todo el acortamiento del lado de la fractura de la diáfisisis, se puede suponer con razon que había acortamiento de ámbos lados, sin poder apreciar el grado de ese acortamiento.

Pues bien, los trece enfermos han presentado un acortamiento medio de 28 milímetros. el máximum ha sido de 45 milímetros, el mínimum de 10 milímetros. El acortamiento medio de cuatro facturas del cuello ha sido de quince milímetros, el de nueve fracturas de la diáfisis de 34 milímetros; la diferencia es notable, y muestra que, inmediatamente despues de la fractura, el acortamiento es mayor en los casos de fractura de la diáfisis que en los de la del cuello.

Bien diferentes son los resultados finales, los que se obtienen midiendo el miembro despues del tratamiento; en ese exámen he obtenido un acortamiento de 18 milímetros para las fracturas de la diáfisis, y uno de 33 para las del cuello. Es porque hay que distinguir entre el acortamiento primitivo é inmediato, debido á la accion muscular, y el consecutivo y tardío, debido á la reabsorcion de porciones óseas no reunidas con el resto del hueso, ó á la dislocacion de estas porciones aun mantenidas por dentelladuras ó el periostio; el primero, correjible por medios mecánicos, disminuye ó desaparece bajo la accion del tratamiento; el segundo, que escapa á nuestros medios de accion, se manifiesta desde que el enfermo se apoya

sobre el miembro, y aun sin que se apoye. Este acortamiento secundario nunca se observa en las fracturas de la diáfisis, pocas veces en las estracapsulares del cuello, y muchas en las intra-capsulares. Dos casos que muy probablemente son de esta última variedad de fracturas y que figuran entre los cuatro de fractura del cuello que analizo, son los que dan al acortamiento consecutivo una cifra tan elevada.

E. C., 49 años, albañil, entra al Hospital de Clínicas el 27 de Marzo de 1887 — Nº. 14 — Sala 2ª. — Servicio del Doctor Pirovano. — El dia anterior habia caido de un andamio, había dado contra un palo con la parte inferior del muslo derecho, y habia quedado sin poder caminar. Cuando se le examina, el miembro inferior derecho está en semi-flexion, en rotacion interna, un centímetro más corto que el miembro homólogo, extremadamente doloroso é impotente, porque el enfermo no puede desprender el talon del lecho, aunque la flexion del muslo sobre la pélvis es posible en cierto modo. Los movimientos de torsion son los que más hacen sufrir al enfermo, y el mayor dolor es sentido en la ingle. El doctor Gandolfo resuelve hacer la anestesia para precisar el diagnóstico, y durante ella se puede apreciar la crepitacion, ósea por el tacto y por el oido. En los dias sucesivos apareció un derrame en la rodilla, una equimosis á lo largo de la cara externa del muslo, intensa sobre todo debajo de la cresta ilíaca, y el enfermo sufre sus dolores y mantiene el miembro inmóvil. Despues se somete éste á la extension contínua durante 29 dias, al cabo de los cuales la rotacion externa, el acortamiento y la impotencia persisten. Cincuenta y cuatro dias despues de la fractura baja cuatro centímetros de acortamiento, y el enfermo sale del hospital, caminando con muletas, porque no puede hacerlo sin ellas.

J. R., ya citado á propósito de fracturas por accion muscular, representa de 55 á 60 años. Al principio tiene

un centímetro de acortamiento; se le aplica la extension contínua, y á los tres meses despues de la fractura el pié está edematoso, el miembro en rotacion externa, impotente, y con tres y medio centímetros de acortamiento.

Este acortamiento tardío de las fracturas entra-capsulares, debe ser relacionado con la falta casi constante de consolidacion ó sea de las mismas, hecho averiguado definitivamente.

Segun Brun y Follin, hay entre la rotacion externa y el acortamiento de las fracturas del fémur una relacion que yo no he encontrado. Brun, que esplica el acortamiento por la rotacion, dice que el primero es tanto más acentuado cuanto más completa es la segunda.

En la medicion de miembros he empleado una cinta métrica de tela, que fijaba por una extremidad sobre la espina ilíaca antero superior, y llevaba por delante del muslo y por dentro de la pierna hasta el vértice del maleolo interno.

Cuando los resultados de diferentes mediciones eran distintos, tomaba el término medio de las cifras obtenidas. Esta manera muy sencilla de medir el acortamiento, que tiene la alta sancion de Hamilton, es por lo menos tan exacta como el procedimiento de Bryant, para las fracturas del cuello, que obliga á buscar el vértice del trocánter mayor, y como los complicados de Giraud-Teulon y Hennequin, bastante imperfectos para que siguiéndolos hayan parecido alargados miembros acortados.

Como verificacion de la primera medida, he tomado mnchas veces la distancia que mediaba entre la espina ilíaca ántero-superior y el borde inferior de la rótula; casi siempre habıa acuerdo entre ambas, pero otras veces la segunda medicion revelaba un acortamiento menor que la primera; esto, que á primera vista podia hacer creer que el acortamieuto era de la pierna y no del muslo, tenia su esplicacion en un abundante derrame de

la rodilla, que empujaba la rótula hácia adelante y abajo.

La movilidad anormal ha sido un signo constante y de fácil comprobacion; en un enfermo obeso era oscura. En las fracturas del cuello, no es posible distinguir los movimientos cuyo centro es la articulacion, de los que lo tienen en la superficie de fractura, por más que algunos aconsejen, como medio de distinguir las fracturas intra-capsulares de las extra-capsulares, imprimir movimientos de rotacion al miembro en totalidad, y apreciar por el tacto la extension del rádio de los movimientos del trocánter mayor; se encontraría este rádio mayor en las fracturas intra-capsulares que en las extra-capsulares.

Habia crepitacion en la mayor parte de los casos, en once de los diez y seis; en tres casos no la pude percibir á pesar de las maniobras hechas con el fin de producirla; en dos no la he buscado. Figuran entre los casos con crepitacion cuatro del cuello del fémur. Este es un signo patognomònico, pero su investigacion ofrece peligros en ciertos casos, y se debe prescindir de él cuando el diagnóstico está suficientemente basado en otros síntomas.

He encontrado en algunos casos una notable tumefaccion del muslo, y en otros una tumefaccion mínima.

He visto equimosis en cuatro casos; en el periné y en el muslo en fracturas del cuello; en la ingle en un caso de fractura del tercio superior de la diáfisis.

El derrame articular de la rodilla es uno de los síntomas físicos más constantes que he observado; lo he buscado en doce enfermos y lo he encontrado en nueve. Entre las nueve fracturas acompañadas de derrame hay ocho de la diáfisis, y una del cuello; entre las tres sin derrame hay dos del cuello y una de la diáfisis. He encontrado el derrame en épocas variables, á los dos, á los

tres, á los ocho, á los nueve, á los diez y siete dias de la fractura.

Respecto de la causa del derrame en estos casos, tengo un dato que autoriza á no considerarlo siempre como debido á un traumatismo articular, á una contusion indirecta de las superficies articulares. El derrame era manifiesto en el caso ya citado de fractura del tercio inferior del fémur por herida de bala, en que la articulacion de la rodilla nada habia sufrido directa ni indirectamente; para este caso y los análogos no es admisible, pues, la opinion de Verneuil, mientras que la de Berger, segun quien el derrame es el resultado de la trasudacion al través de la sinovial de la parte serosa de la sangre derramada en los tejidos, da cuenta perfectamente del hecho.

Todas las fracturas del fémur que he observado han determinado considerables desórdenes funcionales; ningun enfermo ha podido caminar, ninguno ha podido levantar el pié, separar el talon de la cama estando acostado.

Los dolores han sido variables en su intensidad y en su sitio; me ha parecido que son más fuertes en las fracturas del cuello.

De los diez y seis enfermos que he observado, solo ha muerto uno à consecuencia de una complicacion.

S., 39 años, alcoholista, es traido ébrio al Hospital de Clínicas el 25 de Junio de 1887, sala 1.ª, núm. 24, servicio del doctor Pirovano. No hay datos sobre lo que le ha sucedido. Tiene fracturados los dos fémures, el izquierdo en el tercio superior; el derecho eu el cuello.—Contusiones del tronco.—Estado general, malo.—El 26, el doctor Pirovano ordena fanones para el lado izquierdo, y extension contínua para el derecho. Hago en este enfermo el vendaje que he hecho en muchos otros. Sobrevienen dolores en el miembro vendado y á la noche hay que quitar el vendaje que sostiene las tiras de extension

contínua. A la mañana siguiente hay anestesia del pié y de la pierna, una flictena en ésta, inmovilidad de los dedos, falta del pulso tibial posterior y pedio, la pantorrilla presenta un volúmen y una dureza anormales. El doctor Pirovano atribuye este conjunto sintomático á una trómbosis de las venas profundas, probablemente de la poplitea. A los dos dias la gangrena húmeda se ha acentuado, y el enfermo muere casi repentinamente, con disnea, probablemente por embolia de la arteria pulmonar. No se puede hacer la autopsia.

Ya he indicado las consecuencias de la lesion en dos casos de fractura del cuello. Otro, à los tres y medio meses de la fractura, salió del hospital con muletas.

Las fracturas de la diáfisis se han consolidado todas; tres han necesitado de ochenta á cien dias para su reparacion; las demas han tardado más ó ménos siete semanas. He visto dos casos de consolidacion rápida, uno en 26 dias y otro en 27.

J. U., 8 años, entra al Hospital de Clínicas el 12 de Mayo de 1886, sala 2.ª, núm. 14, servicio del doctor Pirovano. Se ha fracturado el fémur derecho en su tercio medio, lo que se conoce por la rotacion externa y el acortamiento del miembro, la crepitacion, el dolor. Se mantiene el miembro entre fanones durante cuatro dias; despues se le aplica el vendaje de extension contínua y otro enyesado que rodea el muslo. El 8 de Junio, 26 dias despues de la fractura, se le quita el vendaje y se encuentra que la consolidacion es completa.

A. B., 15 años, entra al Hospital de Clínicas el 22 de Junio de 1887, sala 1.ª, núm. 17, servicio del doctor Pirovano. Ese mismo dia se ha fracturado el fémur izquierdo en su tercio medio; los síntomas son contusion, tumefaccion, deformacion característica, acortamiento, crepitacion, derrame de la rodilla, dolor é impotencia funcional del miembro. A los seis dias se somete este á

a extension contínua; á los 27 dias de la fractura, se quita el vendaje, que ya está flojo, y se encuentra que a consolidacion es completa.

Llego á la segunda parte de este trabajo.

Todas las fracturas que acabo de estudiar, han sido ratadas idénticamente. Como en todas habia acortamien-o, en todas se ha llenado la indicacion que surje de la ausa de ese acortamiento; á la accion constante de los grupos musculares que tienden á hacer acabalgar los ragmentos, es necesario oponer una resistencia tambien onstante, y es lo que se consigue por medio de la ex-ension contínua. En el Hospital de Clínicas se hace esta xtension de un modo introducido allí por el Profesor le Clínica Quirúrgica, doctor Pirovano, á quien hay que econocer como su autor.

Voy á describirlo, para poder apreciar despues lo ue tiene de original, lo que tiene de útil, y cómo es ue tiene de lo uno y de lo otro.

Puesto el enfermo en una cama de fierro, con col-hon poco elástico, se empieza por lavar el miembro racturado, y afeitarlo á lo largo de sus caras laterales. e hace despues el vendaje del pié con una venda de ranela. Se toma una tira de esparadrapo de seis centí-netros de ancho por ochenta ó noventa de largo, se la alienta y se aplica á lo largo de uno de los lados del niembro, á partir del tercio inferior del muslo, y hasta nos dos ó tres centímetros arriba del maleolo; se hace o mismo con otra tira idéntica en la cara opuesta del niembro; queda libre de cada lado una parte del espa-adrapo, larga de veinte á treinta centímetros, cuyos sos diré despues. Se pueden reemplazar con ventaja las los tiras por una de doble largo que baja por un lado, orma una asa por debajo del pié y sube por el otro. La raccion que se haga sobre las tiras ó sobre el asa de sparadrapo, se repartirá sobre una gran superficie de

piel, lo que es una garantía de que será bien colocada. Para asegurar más la adherencia del esparadrapo á la piel, se aplica desde el cuello del pié hasta la estremidad superior de las tiras un esculteto de tela emplástica hecho con tiritas de tres centímetros de ancho. Despues, y con el fin de aumentar los medios de traccion, se pone de cada lado exactamente sobre la tira de esparadrapo, una venda de lienzo doblada de dos, que arriba empieza á la misma altura que el esparadrapo, y abajo termina un poco más allá que éste; la colocacion de estas tiras es fácil si se les asegura primero provisoriamente con alfileres ó dos ó tres tiritas emplásticas, y despues definitivamente con un vendaje de lienzo de la misma extension que el esculteto de tela emplástica. Para completar el aparato hay que unir las tiras ó el asa de esparadrapo á un travesaño de madera fijo á los piés de la cama, á cierta altura del plano del lecho; esta union se hace indirectamente por intermedio de una tablita cuadrangular de veinte centímetros de largo por quince de ancho y uno de espesor, que se pueda colocar de un lado y del otro una argolla bien fija. Se coloca la tablita esta con su largo perfectamente trasversal, y se fijan sobre su cara con argolla, que mira á los piés de la cama, las extremidades de las tiras de esparadrapo; si se ha colocado el esparadrapo en forma de asa, es muy sencillo colocar la tablita trasversalmente dentro de ésta, de modo que forme la base del estribo que esa asa representa; un agujero hecho en el esparadrapo deja libre la argolla. Se anudan las extremidades de las vendas de lienzo, que se han dejado largas de modo que rodeen la tablita. Las tiras de esparadrapo y de lienzo, así separadas por medio de ésta, toman desde algo más arriba que los maleolos una direccion divergente, y no ejercen sobre ellos, por lo tanto, compresion alguna. Se une la argolla al travesaño, de que ya he hablado, por medio de una tira de lienzo ó de una cuerda.

Se termina y no *se principia*, como ha dicho alguien, por convertir la cama en un plano inclinado, levantando los piés con sostenes de madera cuyo largo varía con el efecto que uno se propone producir.

Colocado así el enfermo, y atado de ese modo el miembro fracturado, ¿qué fuerzas actúan sobre los fragmentos? El cuerpo del paciente obedece á las leyes de la gravedad, lo mismo que el sólido puesto sobre el plano inclinado de Galileo. Empero se descompone en dos fuerzas, una A perpendicular al plano del lecho, que este lecho aniquila por su resistencia; otra B paralela al plano del lecho, que es la que actúa sobre los fragmentos. Si se calcula el valor de la fuerza B construyendo el paralelógramo de las fuerzas, (1) se encuentra que B es tanto menor con relacion al peso total del cuerpo, cuanto mas pequeña es la inclinacion del plano, es decir, cuanto más corta sea con relacion á la longitud total del lecho, la altura á que se ha elevado uno de sus extremos para hacerlo declive. Si se aplicara el aparato que estudió á un miembro sano, la fuerza B se traduciria toda en tracciones sobre las ataduras del miembro al pié del lecho.

Pero cuando se le aplica á un miembro fracturado, y más allá de la fractura, la misma fuerza tiene un doble empleo; lucha contra la resistencia de las ataduras y se anula así en partes, casi toda ella obra sobre el fragmento superior y arrastrándole hácia la cabecera de la cama, deshace el cabalgamiento. Vemos, pues, que del lado del fragmento inferior solo hay una resistencia, la de sus ataduras á los piés de la cama, mientras que del lado del fragmento superior actúa toda la parte de

(1) Ganot, tratado elemental de física.

la fuerza B que no se ha aniquilado luchando con la resistencia de esas ataduras. Como siempre se llama estension à la potencia que tiende á mover un fragmento ó un hueso, y contra-extension à la resistencia que impide al otro fragmento ó al hueso vecino seguir en su movimiento al primero, tenemos que en el procedimiento de extension contínua usado en el Hospital de Clínicas *la extension se aplica sobre el fragmento superior.*

Este caracter tan esencial, que basta para peculiarizar un método más que un procedimiento, ha pasado desapercibido para Chaves (1) y Benedit (2); los dos discuten el aparato, y al explicar su accion, atribuyen la contra-extension al peso del cuerpo. Ayerza (3) sí dice: «El doctor Pirovano aprovecha el peso del cuerpo para que éste haga la extension, estando sobre un plano inclinado el cuerpo del enfermo.»

Este modo de hacer la extension no es el de aparato alguno de los descritos en los libros, y la innovacion es bastante considerable para que sea completamente legítimo llamar *Método de Pirovano* al de extension contínua que se practica en el Hospital de Clínicas. Es cierto que en él se aprovechan elementos creados por otros como el asa de esparadrapo (Gooch, Wallace, Crosby), y la inclinacion del plano del lecho (Vaningen, Ruck), pero la primera, por mucha que sea su importancia, no es capaz de caracterizar un método, y la segunda solo ha figurado como elemento secundario, como agente de contra-extension, mientras la extension era hecha con polea y pesos.

Tengo ahora que completar la descripcion del aparato, que solo he hecho en sus partes esenciales.

---

(1) Anales del Círculo Argentino, Marzo de 1884.
(2) Extension contínua y sus aplicaciones.—Tésis de Buenos Aires, 1885.
(3) Anales del Círculo Médico Argentino.—Febrero de 1887

El efecto inmediato de la extension es casi siempre la reduccion de los fragmentos, y la correccion de la deformacion del muslo. si esa deformacion existe. Este resultado se mantiene, si se mantiene la extension, y tan lo creen algunos (Swimburne, Tillaux) que se limitan á realizar ésta de un modo ó de otro, y no fijan lateralmente los fragmentos. Pirovano no tiene tanta confianza en la accion inmovilizadora de la extension, y siguiendo en eso á Hamilton y casi todas las autoridades, aplica medios de contension laterales. Prefiere el vendaje de yeso, extendido desde la rodilla hasta la cadera, y aplicado generalmente cuatro ó cinco dias despues de la fractura. Es posible que con esta práctica pierda la ventaja que Tillaux encuentra en la suya, la accion contínua del aire sobre el tegumento del miembro fracturado, traducida por la aceleracion de la formacion del callo, pero es posible tambien que esta ventaja solo se consiga con perjuicio de la rectitud del miembro.

Es de primera importancia conocer la potencia extensiva necesaria, y sobre este punto son enteramente aplicables al método de Pirovano los resultados de la experiencia de los otros métodos, sobre todo del de la polea y las pesas; los que los han empleado varian en sns apreciaciones; Tillaux (1) habla de tres kilógramos; Packard (2) de dos á doce libras, Hamilton aconseja emplear desde un principio nueve ó diez kilógramos. Pero, como dice Bouilly, estas últimas cifras representan una traccion dolorosa y dificilmente tolerada por el enfermo; es bueno limitarse á seis ú ocho kilos. Ahora nada más fácil que resolver el problema que se nos presenta: dados el peso del enfermo y el largo de la cama, para ob-

(1) "Gazette des Hospitaux" Junio de 1885.
(2) Artículo "Fractures" de la Enciclopedie de Chirurgie—Tomo IV.

tener una traccion tambien dada, ¿á qué altura hay que elevar los piés del lecho? He indicado que la fuerza B, es decir, la parte del peso del cuerpo que hace la extension, es á este peso en totalidad como la altura á que se elevan los piés de la cama es al largo total de esta. Por consiguiente, si representamos el peso del enfermo por 65 kilógramos, el largo de la cama por 200 centímetros, y la traccion á producir por 8 kilógramos tendremos que:

$$8 : 65 :: x : 200$$

de donde se saca que x es igual á 25 centímetros próximamente. Por un cálculo idéntico se encuentra que, en igualdad de condiciones, es necesario levantar 20 centímetros los piés de la cama, para producir una traccion de 6 y medio kilógramos.

Si el enfermo pesa más ó menos de 65 kilógramos, la fuerza B será, para la misma elevacion de los piés de la cama, respectivamente mayor ó menor que las cifras calculadas, pero entonces tambien la potencia extensiva necesaria habria aumentado ó disminuido, por que hay correlacion entre el peso de un individuo y la fuerza de sus músculos, y es contra esta fuerza que es necesario luchar.

La esplicacion que he dado del modo de hacerse la traccion en el aparato de Pirovano, muestra lo subordinado que está al largo de la cama y el alto que debe darse á los sostenes; solo insisto en esto porque en la aplicacion de este aparato al tratamiento de fracturas en niños acostados en camas cortas, he visto emplear los mismos sostenes que se empleaban en las camás largas de los adultos.

En el Hospital de Clínicas se levantan los piés de la cama que tienen dos metros de largo á una altura que varia entre 19 y 23 centímetros.

Es necesario impedir que el enfermo acumule almo-

hadas en la cabecera, á lo que tiene gran tendencia, para que no sea ilusoria la accion extensiva del declive.

Si á pesar de la extension persiste la rotacion externa, se debe enderezar el pié y mantenerlo así por medio de un asa de venda que se fija convenientemente.

Los resultados obtenidos con este tratamiento en las fracturas de la diáfisis son conocidos ya en parte. La consolidacion es rápida. De los once enfermos que he visto solo dos han quedado con deformidad del muslo. Los nueve fracturados en quienes he medido el largo del miembro antes y despues del tratamiento, han quedado con un acortamiento medio de diez y ocho milímetros. Benedit publica en su tésis cuatro casos en que el acortamiento varió entre 0 y 1 y medio centímetros. Ahora, cuando Hamilton (1) 1882, dice: El acortamiento medio de las facturas simples en el adulto, en los casos en que se han puesto en uso los mejores aparatos y con la más acabada habilidad, es de uno á dos centímetros». Cuando Packard (1885) declara que el acortamiento es constante despues de las fracturas de la diáfisis del fémur, cuando Tillaux (1886) llama resultado magnífico á un acortamiento de dos y medio centímetros, hay que convenir en que los resultados del método de Pirovano son hoy inmejorables, y la bondad de estos resultados es realzada por la sencillez de los medios con que se les obtiene.

El considerable acortamiento secundario de los casos de fractura del cuello del fémur tratados por este método, que he examinado, no es de manera alguna imputable al tratamiento; las causas de ese acortamiento indican bien su completa independencia de nuestros medios de accion.

JUAN B. JUSTO.

Marzo de 1888.

(1) F. H. Hamilton—"Des fractures et des luxations Traduc Poinsot.

TRANSCRIPCIONES

Tratamiento de las fiebres y de los estados tifóideos por el método oxidante y eliminatriz, por C. Robin.

I.

Tengo la intencion de combatir los datos sobre los cuales se apoyan hoy los métodos antitérmicos y antipiréticos, y constituir á la terapéutica de las fiebres, bases que se hallen mejor en relacion con nuestros conocimientos actuales sobre el estado de nutricion en las pirexias.

Puede parecer temerario el partir en campaña contra la doctrina de la hipertermia, que parece tan sólidamente sentada sobre la clínica y sobre la experimentacion, y para la cual se ha reivindicado el carácter verdaderamente científico y la precision matemática. Pero, fuera de los argumentos llamados racionales, vengo á traer hechos, los cuales espero, arrastrarán el convencimiento.

La doctrina de la hipertermia que parte de este principio, que la fiebre es el enemigo, el síntoma maestro, grave por sí mismo, que es necesario combatir á todo trance, ha conducido á dos métodos terapéuticos: el método antitérmico y el método antipirético.

El primero ha decaido ya del favor que le acojió en su orijen. Se ha rechazado como inexacta la idea de Traube, que hace depender la fiebre de una disminucion en la pérdida del calórico, y se ha relacionado el aumento de la temperatura con un aumento paralelo de las combustiones. El método anti-pirético trata pues de ata-

car el mal en su causa, combatiendo. no ya el calor, sino las oxidaciones exageradas que le enjendran.

Pero la estadística química de la nutricion en la fiebre tifoidea me ha llevado á sentar los tres principios siguientes:

1.º La desintegracion orgánica se halla muy aumentada durante la fiebre.

2.º La elevacion de la temperatura febril no depende *exclusivamente* de un aumento de las oxidaciones orgánicas.

3.º Durante las fiebres graves *complicadas con estado tifoideo*, hay retencion en el organismo de *excreta* poco solubles, dificilmente eliminables, habitualmente tóxicos.

El primer principio nadie lo pone en duda, asi es que me parece inútil insistir sobre su verificacion: pero el segundo principio tiende nada menos que á derribar la doctrina de la antiperexia, puesto que conmueve la única base sobre la cual esta se apoya; á saber: la exageracion de las oxidaciones en las fiebres.

Es pues indispensable antes de ir mas lejos, dejar este principio sólidamente establecido, porque él será el punto de partida de toda la terapéutica. Debo pues demostrar que en la fiebre tifoidea grave las oxidaciones se hallan relativamente disminuidas, y que cuanto mas grave es la enfermedad, mas comprometidas se hallan las oxidaciones.

II.

Es sin razon que los fisiólogos y los patologistas continúan á subordinar exclusivamente la produccion del calor á las *oxidaciones intra-orgánicas*. Muchos otros actos íntimos de la vida celular son generadores de calor tanto como las oxidaciones, y aun no considerando

sinó á estas, es necesario hacer intervenir en la apreciacion del calor producido varios elementos que modifican singularmente los términos y la resolucion del problema.

Así para una misma cantidad de oxígeno absorbido, la cantidad de calor desarrollado por una oxidacion total puede variar del simple al doble, segun la naturaleza del cuerpo que se halla sometido á la combustion.

De este dato termo-químico se deducirá este primer principio: que en la fiebre, el calor puede depender tanto de la naturaleza de los principios ofrecidos á la oxidacion, es decir de la naturaleza del combustible, como de la intensidad de la oxidacion. Continuando pues á admitir, lo que es inexacto que todo el calor depende de las oxidaciones, se tendría el derecho de añadir ya esta restriccion, que la calorificacion febril es tanto funcion de la naturaleza como de la cantidad de las oxidaciones.

Si se consideran ahora no ya dos combustibles diferentes en presencia de la misma cantidad de oxígeno, sinó el mismo combustible frente á la misma cantidad de oxijeno, se observa que segun la combustion sea completa ó incompleta la cantidad de calor desprendido puede variar del simple al doble. Por lo tanto, al lado del papel desempeñado en la génesis del calor por la *naturaleza del combustible*, interviene tambien aquel que le está departido al *grado de oxidacion.*

Estas oxidaciones mismas no deben ser consideradas segun la teoría de Lavoisier, como el resultado de la fijacion directa sobre los tejidos del oxíjeno transportado por los glóbulos rojos.

Así en cuanto á lo que se relaciona con las materias albuminoideas, es casi cierto que la antigua idea de su transformacion definitiva en úrea por una série de oxidaciones sucesivas, y del ácido úrico, no es ya compatible con los descubrimientos recientes.

Se sabe en efecto que desde los trabajos de Mr.

Schutzenberger, de París, sobre la descomposicion de las materias albuminoideas por el hidrato de barita y el agua, que la metamórfosis regresiva de las materias proteicas debe explicarse por fenómenos de *hidratacion y desdoblamiento*, mas bien que por reacciones de pura oxidacion.

Y parece muy probable que estos actos de hidratacion y desdoblamiento constituyen como un primer acto de la desasimilacion, y que dan oríjen á productos que pasan entonces por oxidacion á un estado de evolucion mas avanzado.

La oxidacion no intervendría pues en la desasimilacion sinó de una manera secundaria, á título de acto terminal, para quemar los productos de desasimilacion formados por hidratacion ó desdoblamiento durante el primer acto de esta.

Que estas hidrataciones y desdoblamientos tengan lugar en el organismo vivo como en los experimentos de laboratorio, la cosa parece casi demostrada.

Así por ejemplo, las materias albuminoides tratadas por el hidrato barita y el agua á una temperatura elevada, dan nacimiento á una série de productos entre los cuales figuran sobretodo ácidos amidados, que se hallan en su mayor parte en el organismo animal, de modo que es permitido admitir que derivan de las materias albuminoideas vivas por un proceso de hidratacion análogo.

A esta prueba indirecta de la importancia de las hidrataciones en los fenómenos de la vida animal, puede unirse este hecho capital, que, bajo el punto de vista de la manera como asimila y desasimila, la célula animal tiene reacciones vitales semejantes á las de los fermentos bacterianos. Se sabe por otra parte que la destruccion bacteriana de los albuminoides puede reasumirse en una série de hidrataciones y desdoblamientos cuyos términos se aproximan sencillamente de aquella que nos suministra la hidratacion experimental por medio de la barita,

Por consiguiente, la hidratacion marchando á la par con los desdoblamientos sucesivos, parece ser el modo esencial de los *actos de primera desasimilacion* de las materias albuminoides.

Pero estos actos químicos van acompañados de un desprendimiento de calor cuyos términos ha fijado Mr. Berthelot en sus magníficas investigaciones de termo-química;—por consiguiente deben considerarse como una de las fuentes importantes de calor animal, y disminuyen en algo la parte exclusiva que hasta ahora se habia concedido á las oxidaciones.

Es necesario ahora, echar una ojeada rápida sobre el procedimiento con la ayuda del cual parecen efectuarse esas oxidaciones, porque los trabajos de Hoppe-Seyler han renovado completamente nuestros conocimientos á este respecto, y toda nueva tentativa en terapéutica debe tener en cuenta los hechos que recientemente ha puesto de relieve.

Tomemos como ejemplo una categoria de fermentaciones tales como las fermentaciones láctica, butírica, pútrida, que van acompañadas de fenómenos de reduccion ó de un desprendimiento de hidrójeno. Este hidrójeno merece el nombre de *hidrójeno activo*, porque tiene la propiedad de fijar con la mayor enerjía el oxígeno libre ó combinado, y que posee, por este motivo, un poder reductor considerable. Este hidrógeno activo puede aun desdoblar la molécula de oxígeno O^2 y fijar uno de sus átomos, mientras el otro puesto en libertad y dotado por el hecho mismo de su estado naciente, de un poder oxidante enérjico, llega á ser *oxígeno activo*. Es verosimil que así suceda en las fermentaciones pútridas que tienen lugar en presencia de una cantidad notable de oxígeno, y que el hidrógeno llega á ser, por este procedimiento el agente indirecto é indispensable de las oxidaciones.

¿Qué resulta de esto? Es que las oxidaciones orgánicas no se efectúan por un procedimiento tan simple y tan directo como lo creian nuestros antecesores, que el oxígeno de los glóbulos rojos no sirve á las oxidaciones en el mismo estado en que estos lo transportan á los tejidos, en fin, que las fermentaciones internas deben primitivamente poner este oxígeno en actividad.

Deduzcamos ahora la conclusion última á lo que nos conducen todos los hechos que acabo de estudiar y tendremos un punto de apoyo sobre el cual será permitido edificar el nuevo método que preconizo.

Concluyo pues:

1.º Que las oxidaciones no son, como se ha creido hasta ahora y sostenido, la fuente exclusiva del calor animal, y por lo tanto de la calorificacion febril.

2.º Que la desasimilacion tiene lugar por actos sucesivos de los cuales los primeros son hidrataciones y desdoblamientos, los que dán nacimiento á productos que no son sometidos á la oxidacion sinó secundariamente.

3.º Que el calor animal resulta del conjunto de todas estas reacciones.

III.

Estos principios sentados, voy á demostrar que en la *fiebre tifoidea grave,* los actos de oxidacion se hallan relativamente disminuidos, mientras que los actos primitivos de la desintegracion orgánica, es decir las hidrataciones y los desdoblamientos han aumentado; y que por consiguiente la parte que corresponde entonces á las oxidaciones en la génesis de la calorificacion febril debe hallarse proporcionadamente disminuida.

Sin entrar aquí en el detalle de los procedimientos con la ayuda de los cuales pueden medirse las oxidaciones orgánicas, procedimientos que me propongo estu-

diar en un trabajo que pronto haré conocer, diré solamente que, en igualdad de circunstancias, en cuanto á la facultad eliminatriz de los riñones, la comparacion entre el ázoe total de la orina y el ázoe de la úrea puede dar una idea bastante exacta de la manera como tienen lugar las oxidaciones azoadas, puesto que de esta manera se pone en relacion la totalidad del ázoe desasimilado y la porcion de este ázoe que ha experimentado en el organismo su oxidacion máxima. A esta relacion doy el nombre de *Coeficiente de oxidacion.*

Sentado esto, observamos en la *fiebre tifoidea benigna,* como en la mayor parte de las flegnasias francas, que el coeficiente de oxidacion queda normal ó tiende á aumentar; al contrario, cuando la enfermedad es de una forma más severa ó que tiende á agravarse, el conflicto de oxidacion disminuye afectando así una relacion inversa con la gravedad de la enfermedad.

Hé aquí un cuadro que demuestra perfectamente la proposicion anterior:

Fiebre tifoidea benigna	[Media del Coeficiente de oxidacion]	84, 7 o|o
—	recaida benigna	82, 7 „
—	bastante grave.	72, 9 „
—	muy seria	72, „

Como el coeficiente normal oscila entre 80 y 85 % se vé que la disminucion de las oxidaciones en las variedades graves de fiebre tifoidea puede considerarse como un hecho demostrado. y cuanto más seria es la enfermedad, màs disminuidas se hallan las oxidaciones.

Y puedo además apoyar esta demostracion directa por una série de pruebas indirectas.

En efecto, en la orina de los tíficos, los productos de elaboracion inferior se hallan en proporcion directa con la gravedad de la enfermedad mientras que los resíduos que han cumplido el ciclo total de su evolucion y experimentado la oxidacion normal, se hallan en propor-

cion inversa de esta gravedad; por consiguiente *á desintegraciones aumentadas corresponden entonces oxidaciones disminuidas.*

Así es como en los *casos leves* de fiebre tifoidea, los principios orgánicos de la orina son por órden de cantidad.

1.º La úrea que representa el máximun de la evolucion normal de las materias albuminoideas, producto soluble en el agua y fácil de eliminarse.

2.º Las materias extractivas y el ácido úrico, que representa un grado de evolucion anormal ó menos avanzado, productos poco solubles en el agua y difíciles de arrastrar.

3.º La abúmina, producto incomburado, forzando, para pasar al través del riñon las leyes de la diálisis.

En los *casos graves*, la proporcion se halla invertida de la manera siguiente: hay casi tanta y á veces mayor cantidad de materias extractivas como úrea. La albúmina es siempre más considerable que en los casos leves. En fin en los *casos mortales*, hay siempre más extractivos que úrea, y la albúmina aumenta en proporciones bastante notables.

He estudiado anteriormente diez y siete casos de fiebre tifoidea bajo el punto de vista de la eliminacion de la úrea.

Nunca fué posible hallar una relacion entre la cantidad de esta y la elevacion de la temperatura; pero las cifras siguientes demuestran que la gravedad de la enfermedad ejerce una influencia real y que *cuanto más los síntomas tifoideos son marcados, mas débil es la cantidad de úrea, mientras esta es tanto mas elevada cuanto la fiebre afecta una forma mas francamente inflamatoria.* Las medias de estos diez y siete casos me han dado los siguientes resultados que no necesitan de ningun comentario:

Cuadro I.

De la úrea en los diversos periodos de la fiebre tifoidea

Períodos	FORMAS medias	FORMAS graves	FORMAS mortales
Período de estudio	25	23.7	10.67
« « deferescencia	20.20	23.2	»
« « convalescencia	16.35	22.1	»

Si se coloca esta disminucion relativa de la úrea, en los casos mortales por ejemplo, en relacion con el hecho que he demostrado anteriormente, el aumento sucesivo de las materias extractivas en la sangre de los tíficos, á medida que aumenta el estado tifoïdeo; si se compara tambien con los experimentos de Schottin con la creatinina, se admitirá conmigo que, *más el estado tifoideo es acentuado, más abundan los productos incomburados* en el organismo, lo que conduce á esta deduccion algo inesperada, pero cuya verdad se impone, á saber: *que más el estado tifóideo se agrava, más las oxidaciones se hallan comprometidas.*

Esta proposicion, que parecería una paradoja sin la realidad de las cifras que anteceden, se acuerda bien con este hecho de apariencia inexplicable, que la cantidad de ácido carbónico eliminada por el pulmon en la fiebre tifoidea se halla sensiblemente disminuida. Este hecho que fué descubierto por Doyère, Hervier y Saint-Lager, ha sido puesto en duda desde entonces, sobretodo despues de las investigaciones de Leibermeister y Leyden, para quienes la exalacion del ácido carbónico aumentaría en las proporciones de 1, 5 á 1. Pero estos autores consideraban la fiebre en general, y Wertheim que ha vuelto á emprender estas investigaciones, ha demostrado al contrario,

que en la fiebre tifoidea, la excrecion de ácido carbónico es á la del hombre sano como 83, 8 es á 100, lo que se aproxima de las cifras halladas por Hervier y Sant-Lager.

La disminucion conexa de los dos grandes productos últimos de la oxidacion de los principios ternarios y cuaternarios del organismo, suministra pues la prueba tanjible de la disminucion de estas oxidaciones.

Así, lo que se ha llamado «estado tifoideo,» este elemento mórbido hasta hoy puramente sintomático, puede hoy definirse con toda precision. El estado tifoideo es causado por la retencion en el organismo de los residuos materias extractivas, leucomainas, tomainas) cuya eliminacion se halla retardada, sea por causa del exeso mismo de su cantidad, sea por una insuficiencia absoluta ó relativa de sus emuntorios.

No es ya una simple manifestacion sintomática de órden puramente funcional; es, al contrario, la expresion exterior de una verdadera auto-intoxicacion, y puede decirse, actualmente, que este elemento mórbido posee su lesion específica, digamos la palabra, su *lesion química*, á saber, la retencion en el organismo de los residuos de una destruccion aumentada con oxidaciones relativamente disminuidas.

Pero el estado tifoideo no es especial de la dothienenteria. Existen gran número de casos en los que, enfermedades generales y flegnasias diversas presentan un conjunto de síntomas que les han hecho dar el epíteto de tifoideas.

En la *neumonia tifoidea*, por ejemplo, se observa como en la fiebre tifoidea grave el coeficiente de oxidacion disminuir, aunque las destrucciones sean por lo menos tan intensas. Por ejemplo, los materiales sólidos caen desde las cifras medias de 65 y 70 gramos á menos de 50 en los neumónicos tifoideos que sucumbem, á 60 gr. en los que curan. La úrea que alcanza ordinariamente 35 gra-

mos 50 en la neumonia franca, desciende á 26 gr. 30 poco más ó menos.

Diré otro tanto de la *meninjitis cerebro-espinal* de la endocarditis vejetante, de la gripa y algunos casos raros de reumatismo articular agudo, cuando estas enfermedades toman un carácter tifoideo.

Se puede pues, en palologia general subordinar el estado tifoideo á los tres términos siguientes: desintegracion aumentada, oxidaciones relativamente disminuidas, retencion de los residuos, cualquiera que sea la enfermedad protopática que este estado tifoideo ha venido ha complicar.

Esta consideracion sobre la patogenia del elemento tifóidico y sobre su proceso unívoco tiene por corolario inmediato que toda accion terapéutica que sea capaz de modificar este proceso, se adoptara tambien al tratamiento de la fiebre tifoidea grave como al de todas las enfermedades que se complicarán de estado tifoideo en un momento cualquiera de su evolucion. La lucha contra el estado tifoideo constituye pues una indicacion terapéutica especial que deberá llenarse personalmente, independientemente de las diversas indicaciones que nos son suministradas por los elementos mórbidos de la enfermedad protopática.

Esto sentado, volvamos á la fiebre tifoidea.

Admito pues que en la dothienenteria, la accion tóxica de los residuos, y diversos actos químicos de desintegracion del órden de los desdoblamientos ó fermentaciones por ejemplo, son condiciones piretógenas por lo menos tanto cuanto las oxidaciones propiamente dichas. Por consiguiente la indicacion antipirética, es decir, *la indicacion de disminuir las oxidaciones para hacer descender la temperatura, es vana y peligrosa, puesto que obra en el mismo sentido que uno de los elementos importantes de la gravedad de la enfermedad.*

Considerando que tienen lugar en los tejidos del tífico actos químicos que disgregan á estos, el objeto de la terapéutica debe ser regularizar estos actos, por consiguiente favorecer las oxidaciones en vez de los desdoblamientos y fermentaciones, á fin de que los productos de la fusion de los tejidos habiendo experimentado una evolucion perfecta sean fácilmente eliminables y de una naturaleza tan poco nociva como sea posible.

Porque estos productos gozan de una toxicidad propia, que experimentos ya antiguos y numerosos han puesto de relieve; además se transforman muy difícilmente en úrea, y cuando se les inyecta en la sangre pasan en gran parte bajo el mismo estado á las orinas.

Hasta ahora he tenido sobretodo en cuenta los resíduos que provienen de una insuficiencia en la elaboracion orgánica, resíduos á los cuales se dá el nombre genérico de materias extractivas y que son consideradas por la mayor parte de los autores como productos de la oxidacion incompleta de las materias albuminoides, cuya úrea representaría el máximun de evolucion. Pero al lado de estas materias extractivas, se hallan en los tejidos y en la orina de los tíficos otros principios mucho mas tóxicos que los anteriores: quiero hablar de las tomainas y leucomainas, á las cuales debe hacerse desempeñar tambien un rol en la patología del estado tifoideo.

Su existencia en la orina de los tíficos ha sido puesta fuera de duda por Bouchard y Lépine.

Yo mismo había hallado en Enero de 1879, no solamente en las orinas, sinó tambien en los tejidos y particularmente en el hígado de los tíficos, productos muy tóxicos y relativamente abundantes; los alumnos que seguían entónces las clases de la Clínica médica de la Charité han podido darse cuenta de sus terribles efectos.

Mr. Armand Gautier, que acaba de estudiar en un notable trabajo la formacion y la naturaleza de estos

compuestos alcaloidicos, sostiene que el organismo no tiene á su disposicion sinó dos medios para oponerse á la auto-infeccion por las tomainas y leucomainas, y son la eliminacion de los toxicos y su destruccion por el oxígeno.

Y esta afirmacion del eminente profesor de la facultad de Paris, es uno de los argumentos mas poderosos que se pueden oponer á la doctrina de los que no ven en la fiebre tifoidea más que una temperatura elevada y oxidaciones exajeradas, y que quieren hacer descender la una disminuyendo las demás.

Si buscamos ahora el porqué de esta superabundancia de extractivos y de estas oxidaciones disminuidas, hallamos una explicacion parcial en el hecho de una desintegracion aumentada, es decir de una cantidad mas considerable de combustible puesto en libertad, mientras que el oxígeno, el comburente, no aumenta ó mas bien disminuye. Wertheim, cuyas investigaciones he citado, respecto á la disminucion de ácido carbónico exhalado, halla tambien una disminucion del oxígeno fijado. Mathieu y Maljean, tambien han constatado que en las enfermedades febriles en general, la capacidad respiratoria disminuia sensiblemente por efecto de una disminucion del poder absorbente de los hematies para el oxígeno; se sabe en fin que Richardson ha demostrado que los venenos sépticos podian segun su dósis, impedir mas ó menos completamente la absorcion del oxígeno por los glóbulos de la sangre.

Todo concurre pues á confirmar esta disminucion relativa de las oxidaciones, que constituye uno de los razgos mas característicos de la fiebre tifoidea grave.

Resulta pues que en el tratamiento de la dothienenteria y de los estados tifoideos cualesquiera, lejos de disminuir las oxidaciones es necesario, al contrario, activarlas á expensas de los otros actos químicos de la actividad celular.

Son estos últimos, que importa atacar y moderar; es la desasimilacion, ó mas bien dicho la destruccion orgánica que es urgente disminuir, mientras que es necesario favorecer por todos los medios posibles la oxidacion de los productos de desintegracion que provienen de los diversos actos químicos á expensas de los cuales tiene lugar la destruccion de los órganos.

En resúmen, en los estados tifoideos, las oxidaciones dan orígen á residuos solubles, por consiguiente fácilmente eliminables y de una toxicidad muy débil, mientras que los demás actos químicos de la desintegracion orgánica enjendran residuos poco solubles, difícilmente eliminables por lo tanto y que gozan en su mayor parte de propiedades tóxicas.

La terapéutica debe pues tener por objeto regularizar la destruccion orgánica, á fin de que los productos de la fusion de los tejidos, habiendo experimentado una accion mas perfecta, sean fácilmente eliminables y tan poco nocivos como sea posible.

(Continuará)

SOCIEDADES EXTRANGERAS

REVISTA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS.

Esponjas antisépticas.—El Sr. Terrillon da nuevos detalles acerca de las esponjas de gasa que emplea para la ovariotomía, y del lavado del peritoneo con el agua hervida, atribuyendo á los medios antisépticos rigorosos el éxito que ha obtenido.

El Sr. Terrier no emplea el agua hervida, porque hasta ahora el Sr. Pasteur admitia, que dicha agua no contenia gérmenes pero sí esporos, teniendo más confianza en el auto-clave que la alta temperatura de 120°.

El Sr. Pozzi indica que un cirujano aleman ha estudiado todos los objetos antisépticos, encontrando en ellos microbios, excepto en los que se les ha sometido á la temperatura de 100°, así que juzga muy ventajoso lavar con agua hervida el peritoneo, sobre todo cuando no contiene pus.

Efectos de la luz eléctrica. — El Sr. Terrier informa acerca de una comunicacion del Sr. Defontaine relativa *al golpe de sol eléctrico* que ha podido observar en individuos que soldaban metales por medio del arco eléctrico. Los accidentes producidos son de dos clases: un eritema cutáneo que se observa en las partes que están al descubierto y la oftalmia llamada eléctrica; estos accidentes se encuentran con frecuencia en el mismo individuo y desaparecen en pocos dias.

Antisepsia.—El Sr. Terrier ha preguntado al señor Pasteur si la ebullicion destruye los erporos patógenos que contiene el agua. El Sr. Pasteur cree que sí, pero

despues de la ebullicion quedan todavía esporos que pueden no ser indiferentes, y cree que lo mejor es filtrar el agua y despues hervirla.

El Sr. Polaillon prefiere el agua filtrada y hervida, añadiendo el 1 por 100 de ácido fénico.

Estrangulacion interna. — El Sr. Berger informa acerca de una observacion del Sr. Ovion. Se trata de un muchacho de diez años que de pronto tuvo cólicos, vómitos, etc. Al segundo dia de los accidentes se le da un purgante que vomita; el quinto dia el vientre está timpanizado y se diagnostica una estrangulacion interna, y al sexto dia se hace la laparotomía. Hay peritonitis y torsion del intestino; se destruyen las adherencias intestinales y se destuerce el intestino. La mejoría fué notable en las primeras veinticuatro horas, pero sobrevino de pronto la muerte, debida á la peritonitis séptica difusa.

Autoplastia. — El Sr. Berger hace un informe acerca de las siguientes comunicaciones recibidas por el señor Poncet. 1ª. Observacion: Muchacha de quince años con una pérdida de sustancia en la cara externa de la pierna, debida á una quemadura. Se formó un colgajo en la region glútea fijándolo por medio puntos de sutura, colocando la pierna en la flexion forzada. Al octavo dia se cortó la mitad del pedículo del colgajo glúteo, y al duodécimo la segunda mitad, tardando de siete á ocho semanas en cicatrizar la herida de la region glútea. Al octavo dia recobró la sensibilidad el colgajo trasplantado, siendo el éxito completo. La segunda observacion se refiere á un joven de 20 años que tenia una solucion de continuidad en el olecranon; el colgajo se tomó del tronco, y el pedículo se cortó en dos veces, el octavo y el décimotercero dia; se esfaceló la punta del colgajo, pero con algunos ingertos epidérmicos, se consiguió cicatrizar por completo. La sensibilidad tardó seis meses en aparecer en el colgajo trasplantado. El Sr. Berger cree de

gran interés este método aunque sus indicaciones sean muy limitadas: se le debe aplicar en las pérdidas de sustancia de la cara, pues los demás métodos exageran con frecuencia la primera deformidad. El principal inconveniente es que hay que tener absolutamente inmóvil el miembro del que se toma el colgajo y la situacion molesta en que debe permanecer durante algun tiempo, por cuya razon hay que servirse de aparatos ó valvas enyesadas terminada la operacion. Se debe avivar la pérdida de sustancia quitando toda la superficie granulosa y no limitarse á rasparla, pero no se debe quitar la grasa del colgajo porque se quitan los vasos y el tejido adiposo no impide se adhiera, sino que sirve de tejido celular subcutáneo. La sutura se debe hacer con hilo fuerte y no con catgut, siendo precisa una ligera compresion para que se adhieran las partes. La época más favorable para cortar el pedículo es del décimosegundo al décimoquinto dia.

Ligadura de la arteria poplitea. — El Sr. Lucas Championniere presenta un enfermo al que ha hecho la ligadura de la arteria poplitea para un aneurisma arterio-venoso del hueco popliteo. Ligó por encima y por debajo del saco con dos hilos por encima y dos por debajo. Se obtuvo la reunion inmediata sin que se eliminara el catgut, lo cual se obtiene siempre que se emplea un catgut oportuno, sin que sea de temer ningun accidente.

Autoplastia.—El Sr. Kirmisson expone la observacion de un hombre de cuarenta años que tenia en la parte inferior externa de la pierna una úlcera consecutiva á una quemadura. El Sr. Kirmisson cortó un colgajo en la cadera y lo cosió con catgut. El resultado inmediato parecia muy satisfactorio, pero al fin se gangrenó la mitad del colgajo y del pedículo se desprendió á los catorce dias. Cree que ha influido en la gangrena la posicion que es muy molesta y además el catgut tal vez fué absorbido

demasiado pronto. En caso análogo prefiriría trasplantar el colgajo de una pierna á la otra, y para el párpado un colgajo completamente desprendido.

El Sr. Berger cita varios casos en que ha desprendido por completo el colgajo, pero ha observado que si bien no se gangrena se va atrofiando.

El Sr. Le Fort juzga que no se debe generalizar el método, si bien hay casos en que los ingertos prenden, pero es preciso no dejar el tejido celular.

El Sr. Le Dentu ha hecho cuatro veces el procedimiento del Sr. Le Fort; en uno solo se encefaló el colgajo; en los otros tres el resultado inmediato fué bueno, pero tambien ha observado que estos colgajos se retraen.

El Sr. Lucas Championniere ha tratado las úlceras de las piernas cubriéndolas con fragmentos de colgajos tomados de piernas sanas recien amputadas; todos estos colgajos han desaparecido á las cinco ó seis semanas, obteniendo mejores resultados cuando los ha tomado del mismo individuo.

Catgut. — El Sr. Monod indica que Kocher, vistos los inconvenientes del catgut lo ha reemplazado por la seda sublimada.

El Sr. Lucas Championniere hace observar que cuando el catgut está bien preparado no presenta inconvenientes, se absorbe siempre mientras que la mejor seda es siempre eliminada, excepto en las ovariotomías.

Doble luxacion expontánea de los hombros. — El Sr. Le Fort comunica la observacion de un hombre que habia tenido sifilis y recientemente ataques epileptiformes. Al despertar una mañana se encuentra con el hombro izquierdo dislocado, tres dias despues, el hombro derecho y ambos sin causa apreciable. El Sr. Le Fort le redujo ambas luxaciones á las ocho semanas con el aparato Malgaigne y cree que se producirian en un ataque epi-

leptiforme durante la noche, sin que el enfermo tuviera conciencia de ello.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLIN

Parálisis intestinal. — M. Ewald: Os presento un caso de parálisis intestinal con torsion del intestino sobre su eje. El enfermo, de cuarenta y nueve años, entró hace un año en el Hospital de incurables, por una parálisis del lado izquierdo. No movia el vientre más que cada cuatro ó cinco dias y á veces la astriccion duraba más tiempo. En el mes de Diciembre este enfermo pasó más de cinco dias sin bajar al servicio y ningun purgante produjo efecto, habiendo necesidad de practicar una puncion intestinal, para dar salida á los gases. A la noche siguiente el enfermo cae en un colapso profundo y muere; en la autopsia se encontró la S ilíaca torcida alrededor del mesenterio.

Actinomícosis.—El Sr. Israel: Las piezas anatómicas que os presento, corresponden á un enfermo que entró en la Caridad con el diagnóstico de sífilis de los músculos. En el lado interno del muslo presentaba una enorme callosidad, desallollándose despues algunos abcesos y otras callosidades.

En la autopsia se encontraron todas las vísceras enfermas, llenas de focos, de actinomicosis, siendo imposible reconocer el punto de partida de la afeccion.

Colitis consecutiva á una intoxicacion por el sublimado. —El Sr. Virchow: Desde que os hablé de las alteraciones intestinales consecutivas á la intoxicacion por el sublimado, he tenido ocasion de examinar algunas nuevas piezas anatómicas relativas á este asunto. Dos de estos casos se refieren á mujeres paridas: en una de ellas la cantidad de sublimado empleado para los lavatorios uterinos pasó de dos gramos, y en la autopsia se encontró una nefritis parenquimatosa muy avanzada. El segundo

caso se refiere á una mujer que hacia tres semanas que habia parido y á la que ocho dias despues del parto se la lavó el útero con una disolucion de sublimado al 1 por 4.000. La muerte sobrevino despues de hemorragias muy abundantes y en los dos casos las lesiones más características ocupaban el íleon.

El tercer caso, aunque menos decisivo, corresponde á un enfermo afecto de noma y que del 10 al 25 de Noviembre hizo gárgaras cada media hora con una solucion de sublimado al 1 por 2.000. En la auptosia habia una rectitis muy pronunciada.

En los dos primeros casos hemos examinado los riñones y solo en uno hemos encontrado los depósitos calcáreos descritos por Senger; por lo tanto, si es cierto que cuando se encuentran estos depósitos se puede asegurar que existe una intoxicacion por el sublimado, no se tiene el derecho de negar cuando no se encuentra la existencia de esta intoxicacion.

En vista de la frecuencia de los accidentes debidos al uso del sublimado, creo que se debe aprovechar esta ocasion para recomendar la mayor prudencia en el empleo de este agente.

Del flemon infeccioso de la faringe. —El Sr. SENATOR: El 28 de Setiembre último, un trabajador en metales, de 36 años de edad, entró á mi servicio del hospital Augusta, con fiebre violenta y pérdida de conocimiento casi completo. Segun los datos que recogí, este enfermo habia estado bueno hasta que quince dias antes de su ingreso, se quejó de dolores reumáticos. Estando sudando el 24 de Setiembre, se bebió un vaso de cerveza fria é inmediatamente sintió vivos dolores en la garganta, que aún existian á su ingreso en el hospital: tenia ademas disp-nea y gran agitacion.

La temperatura era de 39° y la garganta estaba tumefacta y roja sin falsas membranas. La ingestion de

fragmentos de hielo y la aplicacion de compresas frias disminuyeron la dificultad de la deglucion.

La temperatura poco á poco fué disminuyendo, hasta que al tercer dia de su estancia en el hospital, el enfermo murió súbitamente, sin presentar síntomas de sofocacion. La orina contenia gran cantidad de albúmina, pero sin ningun elemento morfológico.

La autopsia descubrió un foco purulento en el lado izquierdo por debajo de la mucosa de la faringe y una tumefaccion hemorrágica de las mucosas del estómago y del intestino, congestion del hígado y del bazo y degeneracion parenquinatosa de los riñones.

El 20 de Octubre, entró en mi servicio un hombre de veintinueve años, que el 16 del mismo se puso enfermo despues de libaciones exageradas, con vómitos, fiebre, dificultad de tragar y afonía completa con delirio.

Cuando entró en el hospital tenia el conocimiento casi perdido, el pulso á penas perceptible y dispnea excesiva: el lado izquierdo de la garganta estaba tumefacto y doloroso á la presion: no habia falsas membranas. La misma tarde el enfermo muere de pronto sin acceso de sofocacion.

La autopsia demostró la existencia de un flemon de la faringe con infiltracion purulenta del ligamento ariepiglótico izquierdo, escaras en las dos cuerdas vocales y tumefaccion general de las mucosas del esófago y del estómago con congestion del bazo y nefritis parenquimatosa. Estas dos observaciones me recuerdan una série de hechos anteriores análogos que no me habia sido posible explicar, y es fácil que existan otros semejantes.

En todos los casos confundidos con el nombre de edema de la laringe, de laringitis flemonosa, etc., creo que se trata de una enfermedad infecciosa que empieza por la faringe, aunque los cultivos del pus que he practicado no han dado hasta ahora resultado; el pronóstico muy grave.

DEMOGRAFÍA

Mortalidad de la Ciudad de Buenos Aires

DURANTE EL AÑO DE 1887

La mortalidad general de la ciudad de Buenos Aires ha alcanzado en 1887 á un total de 12894 defunciones, ó sea próximamente 30 muertos por 1000 habitantes, Esta proporcion es superior á la de los tres años anteriores, como puede verse en seguida: 1886, 24 defunciones; 1885, 25 y 1884, 24 por 1000,

La mayor mortalidad de 1887 ha sido debida á la existencia del cólera mórbus que determinó en ese solo año, 606 defunciones y al desarrollo alarmante de las enfermedades infucciosas, especialmente de la viruela y la difteria. El siguiente cuadro esplicará claramente estas diferencias:

Defunciones.

	1883	1884	1885	1886	1887
Viruela.....	1510	142	736	536	1290
Difteria.....	197	287	353	493	975
Sarampion.....	5	144	17	56	126
Fiebre tifoídea.,.	180	193	209	272	279
Escarlatina..,...	12	25	67	60	59
Cólera mórbus..	—	—	—	—	606

Se vé, pues, que el año 1887 ha sido escepcional por el incremento que han tomado las enfermedades infecciosas, á tal punto que reunidas todas forman un total de 3496 defunciones, ó sea un 27 % de la mortalidad general.

Las defunciones de 1887, divididas por meses, dan el siguiente resultado:

Enero.....	1340	Julio.....	1192
Febrero.....	990	Agosto.....	1004
Marzo.....	797	Setiembre.....	1094
Abril.....	846	Octubre,.....	1073
Mayo.....	1039	Noviembre.....	1236
Junio.....	1146	Diciembre.....	1137
		Total.....	12894

A las estaciones corresponden las siguientes cifras:

Verano	3467
Otoño	2682
Invierno	3342
Primavera	3403
	12894

Las principales causas de mortalidad han sido las siguientes en los últimos tres años:

	1885	1886	1887
Tisis pulmonar	1017	863	1022
Neumonía	625	563	798
Meningitis	481	537	586
Tétano infantil	320	314	210
Vicio orgánico del corazón	479	467	554
Difteria	359	493	975
Enteritis, entero-colitis y gastro-enteritis	544	717	822
Fiebre tifoidea	209	272	279
Bronquitis y bronco-neumonía	316	404	580
Viruela	736	536	1290

Comparando los años 1886 y 1887, se observa para el último un aumento sensible de casi todas las principales causas de defuncion, con escepcion del tétano infantil cuya disminucion notable se viene sintiendo desde hace varios años.

El lector que desee obtener mayores detalles sobre la mortalidad de 1887, deberá consultar el *Bulletin de Démographie* correspondiente á dicho año que acompaña el presente número de la *Revista*.

CONI.

(Revista Médica Quirúrgica)

MAYO DE 1888.

ANALES
DEL
Círculo Médico Argentino

AÑO XI. — 1888. BUENOS AIRES TOMO XI. — N.º 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

CLÍNICA QUIRÚRGICA

Granulaciones de la mucosa intra-uterina. — Metrorragias. — Lavajes.—Raclaje.

La señora N. N. de 23 años de edad, de temperamento linfático, ha gozado hasta hace poco tiempo, de buena salud. Se casó á los 19 años. A los cuatro meses de casada y con su menstruacion suprimida durante tres períodos consecutivos, erró el estribo al descender de un carruaje, cayó en tierra, de resultas de cuyo golpe le sobrevinieron una abundante hemorragia y dolores en las caderas. Muy probablemente, dicha señora estaba embarazada y se produjo entonces un *aborto*.

Restablecida de los efectos de este incidente, reapareció la menstruacion; pero ésta venía muy irregularmente, á largos intérvalos, de dos meses, de tres meses y más. Ni menstruaba, ni estaba embarazada.

En Octubre del año 1886 se presentó la *metrorragia*, no abundante pero permanente, con cortos intérvalos, hasta el mes de Abril de 1887 en que regló bien, lo mismo que en Mayo y sin hemorragia en el intérvalo.

En el mes de Junio no regló ni hubo *metrorragia* y lo mismo sucedió en los meses de Julio, Agosto y Setiembre.

En Octubre del año 1887 reapareció la metrorragia, la cual ha continuado con ligeras interrupciones hasta el mes de Febrero de este año.

Cuando ví á esta enferma por primera vez estaba bastante anémica.

Despues de practicar un minucioso exámen uterino para indagar la causa de estas hemorragias, formé mi diagnóstico: *granulaciones de la mucosa intra-uterina.* Esta enferma no tenía ningun dolor y, á pesar de estar el útero en anteversion mediana, no experimentaba molestias ni en la emision de la orina, ni en la defecacion. La palpacion abdominal y el exámen bi-manual ni determinaban dolor ni daban signo alguno de la existencia de tumor en el útero ó en sus anexos. Practicando un exámen mas directo por medio del espéculum, éste me permitió constatar desde luego la anteversion del útero que me habia revelado ya la simple palpacion: en vez de encontrarme en presencia del orificio del cuello, solo podia ver la cara anterior de dicho cuello. Valiéndome simplemente de la lámina inferior de un espéculum bivalvo me fué muy fácil en este exámen y en los subsiguientes reducir totalmente el órgano desviado á su posicion normal.

Una vez que el cuello del útero estuvo bien adaptado entre las láminas del espéculum pude constatar un ligero aumento de su volúmen (hiperplasia) y los lábios un tanto alargados y separados entre sí. Habia una ligera erosion en el anterior y del orificio fluía un líquido mucoso semejante á la clara del huevo.

La sonda uterina penetró fácilmente á lo largo del canal cervical, sin encontrar ninguna válvula; franqueó el istmo sin determinar contracciones; y llegó al fondo del

útero sin ocasionar nada mas que un ligero dolor, muy distinto del que se produce en las metritis ó endometritis francamente inflamatorias.

El histerómetro marcó 7 y $^1/_2$ centímetros como longitud total de la cavidad uterina, desde el fondo hasta el orificio del cuello.

En el exámen por la sonda no pude constatar la existencia ni de pólipo, ni de fibroma submucoso, ni la presencia, en una palabra, de ningun neoplasma de volúmen apreciable; previniendo que antes de formular mi diagnóstico ante la familia y resolver el tratamiento quise hacer por segunda y por tercera vez esta exploracion por la sonda, haciendo preceder mi último exámen de una dilatacion del canal cervical por medio de la esponja preparada.

Si alguna duda hubiese abrigado respecto de la patogenia de este caso, no contando sino con los conmemorativos que hacían sospechable un *aborto* como primer capítulo en la historia de los padecimientos de esta enferma, el aumento de la cavidad del útero indicado por el histerómetro completaba un cuadro de síntomas suficiente para poder afirmarlo. Hubo pues dilatacion de la cavidad uterina (embarazo), y ésta no volvió á adquirir su capacidad normal, es decir que hubo subinvolucion ó regresion incompleta. Ahora bien, esta dilatacion anormal y permanente de la cavidad uterina, producida despues del aborto ó del parto por deficiencias en los cuidados del puerperio, puede dar orígen no solamente á granulaciones sino tambien al desarrollo de gruesas fungosidades mas ó menos poliposas.

Eliminadas todas las causas de error, es decir, excluyendo toda la serie de afecciones que evidentemente podían excluirse, hasta la muy posible existencia de pólipos pequeños y múltiples; teniendo en cuenta el estado granuloso del cuello y del canal, creí, como ya lo he di-

cho, que esta enferma padecía á causa de *granulaciones de la mucosa intra-uterina*, de las cuales las que se notaban en el labio anterior no eran sino una muestra.

En presencia de este estado ¿qué hacer? No pasaré en revista los diversos tratamientos usados. Básteme decir que opté por el *raclaje* de las paredes internas del órgano enfermo, precedido y seguido del *lavaje* de su cavidad. Y opté por esto tanto porque me parecia racional, en vista sobre todo de la ineficacia de otros métodos ya empleados, cuanto porque acababa de verlo hacer así con éxito y en varios casos en mi reciente escursion por Europa.

Resuelta la enferma á esta operacion fué invitado para que me acompañase mi apreciable colega y amigo el Dr. D. José A. Ayerza.

Había pensado servirme del cloroformo, porque si bien sabía que esta operacion puede, aunque no siempre, practicarse *al natural*, es decir, sin la intervencion de ningun anestésico, á veces, como lo dicen Schræder y otros, determina dolores agudísimos que imposibilitan la operacion. Por lo demás había visto siempre practicar en Europa esta operacion bajo la influencia del cloroformo, lo que no puede hacer ley porque en Europa, por lo menos en los hospitales, se abusa de este anestésico peligroso.

Temeroso como el que mas de los accidentes que puede producir el cloroformo, cuando el Dr. Ayerza, en una consulta prévia, me propuso la cocaina para determinar la simple anestesia local, acepté sin vacilar un segundo su indicacion, tanto mas cuanto que, repito, sabía que el raclaje intra-uterino produce en muchos casos un dolor perfectamente tolerable aún sin el auxilio de ningun anestésico.

Preparada la enferma convenientemente para la operacion, empecé la víspera del dia designado por practi-

car la dilatacion del canal cervical, valiéndome al efecto, como anteriormente, de la esponja preparada.

Obtenida una dilatacion conveniente para el momento operatorio, procedí el dia 22 de Febrero de la manera siguiente:

Como acto operatorio previo, practiqué el *lavaje* antiséptico de la cavidad uterina, valiéndome de la sonda de Bozeman y Fritsch modificada por Schræder.

Voy á permitirme intercalar en esta historia dos palabras acerca del lavaje de la cavidad uterina. Es conocida de todos la divergencia que reina entre los ginecologistas respecto de los peligros que dicha operacion entraña. Unos, como Gaillard Thomas, Tillaux, etc., la consideran muy peligrosa; otros, entre los que debo citar á Schræder, á Emmet y á Chéron la reputan innócua, cuando se practica sin contra-indicacion y *secundum artem*. El peligro mayor estriba en la posible comunicacion del líquido inyectado con el peritoneo, por las aberturas de las trompas de Fallopio. Para evitar esto hay que graduar bien la presion del líquido y vigilar su perfecto *vis-a-tergo*, es decir, que los conductos de la sonda estén permeables y dén paso simultaneamente al líquido que entra y al líquido que sale. Y no basta para esto que la sonda funcione bien. Es indispensable, so pena de exponerse á los gravísimos accidentes, varias veces producidos, practicar una buena dilatacion del canal cervical previa á la introduccion de la sonda y al lavaje, por cuanto la contraccion de dicho canal, solicitada por la introduccion misma del instrumento, puede sino obturar completamente las aberturas laterales de éste, por lo menos puede reducir en mucho su superficie. Ademas haciendo el lavaje, con el canal cervical convenientemente dilatado, el líquido de regreso no es obligado á pasar en totalidad por el canal de salida de la sonda; y parte pasará por el canal de la sonda, parte por el ca-

nal cervical del útero, dilatado. Procediendo de esta manera hay menos que temer.

He visto repetidas veces al Dr. Chéron hacer este lavaje en su clínica de Paris y, segun él mismo me decía, lo ha practicado cientos de veces sin que haya tenido que lamentar jamás ningun accidente.

Vuelvo ahora á mi caso, el primero de mi clínica propia en que he tenido ocasion de practicar el lavaje intra-uterino.

La solucion de que me valí para el lavaje antiséptico y previo al reclaje fué de ácido fénico al 2 ½ por 100; empleando una solucion mas fuerte, al 5 por 100, para desinfectar los instrumentos: espéculum bivalvo de Chéron, espéculum monovalvo y cureta de Sims, sonda de Schræder, pinza larga comun y pinza de Museux.

Para los dos lavajes, hice uso del espéculum de Chéron ([1]) que sirve admirablemente al efecto. Para el raclaje preferí el espéculum de Sims que permite comodamente la prehension del labio anterior del cuello uterino, por medio de la pinza de Museux, y el que un ayudante pueda mantener dicha pinza en una posicion casi perpendicular al plano del periné sin estorbar en lo mas mínimo al operador.

([1]) Este precioso instrumento, que creo haber sido el primero en traer á Buenos Aires, es el que emplea su autor en su interesante clínica de la Rue Savoie. El Dr. Chéron lo pondera con frecuencia y con razon. Es bivalvo, con su lámina inferior mas larga que la superior, para conformarse con las disposiciones anatómicas de la vagina. Tiene en su parte anterior un doble juego de resortes que permite sucesivamente la abertura posteriore y la anterior del instrumento, procurando una gran comodidad para la inspeccion, para las aplicaciones tópicas y aun para ciertas operaciones. De todos los espéculums que he visto, el que mas se le parece es el de Gemry recomendado por Emmet, pero considero mas cómodo el de Chéron.

Recomiendo este instrumento á los que hacen clínica ginecológica, seguro de que lo hallarán utilísimo en la práctica.

Así pues, practicado el primer lavaje con la solucion fenicada retiré el espéculum de Chéron é introduje el de Sims para proceder á la parte principal de la operacion, esto es, al *raclaje*, destinado á destruir las granulaciones, fungosidades y aun pequeños pólipos (1) que pudieran existir en la mucosa uterina.

Introducida la cureta de Sims y paseada en todos sentidos por las paredas internas del útero practiqué el raclaje durante una media hora, sin determinar gran hemorragia y aplicando con pequeños intérvalos la solucion de cocaina (al 1 por 100) que bastó para que la enferma no experimentase sino un ligero dolor.

Tambien es verdad que dicho raclaje lo hice con gran prudencia, teniendo presente al espíritu la posibilidad de perforar el útero, accidente que ha sobrevenido ya á algunos operadores.

---

(1) Estos diferentes estados de la mucosa intrauterina confunden lo bastante su sintomatologia para hacer muy difícil el diagnóstico preciso antes de la operacion. El 5 de Enero de 1887 vi practicar al Dr. Tillaux. en el Hotel-Dieu de Paris, un raclaje intrauterino en una joven que tenia hemorragias persistentes. El Dr. Tillaux, despues de cloroformar á la enferma, procedió al raclaje, extrayendo por medio de éste una serie de pequeños pólipos mucosos, causa de la metrorragia. Terminado el raclaje llevó al interior de la cavidad uterina un pincel empapado en una solucion de percloruro de hierro. La enferma curó, salió de alta del Hospital y á los dos meses tuve la satisfaccion de volver á verla en el mismo Hotel-Dieu adonde habia acudido, no por recidiva de su enfermedad, sino para que el Dr. Tillaux y los numerosos médicos y estudiantes asistentes á su clínica (en mi opinion, la mejor de Paris) pudiesen observar su buen estado de salud.

Debo agregar qne el distinguido Dr. Tillaux que no es entusiasta por la rigurosa antisepcia (como no lo son en general los cirujanos de Paris, exceptuando á Championnière), no practicó ni el lavaje previo ni el lavaje posterior.

Terminado el reclaje, que practiqué en la totalidad de la mucosa sin escluir, por cierto, la del canal cervical, retiré el espéculum de Sims y coloqué nuevamente el de Chéron para practicar con él y mediante la sonda de Schræder el último lavaje. Para éste me servi, respetando la experiencia de mi maestro el Dr. Chéron de la solucion que él emplea y aconseja, á saber:

Agua destilada 1.000 gramos
Acido pícrico, 4 id.

En seguida apliqué sobre el cuello del útero un tapon con glicerina iodoformada.

La enferma fué conducida á su cama de la mesa de operacion preparada *ad hoc* y colocada en decúbito dorsal. Aconsejéla se moviese lo menos posible y se estuviese en cama durante unos seis ú ocho dias.

La operacion fué practicada á las 10 a. m. Por la noche no habia la mas ligera elevacion de la temperatura, ni la hemorragia, ni dolor, ni ningun síntoma inquietante.

A los dos dias de la operacion se me envió á llamar urgentemente por haber aparecido un flujo sanguíneo. Diagnostiqué: menstruacion.

En alguna parte he leido ú oido que generalmente despues de un raclaje de la caidvad uterina la menstruacion falta el primer mes. En mi caso sucedió todo lo contrario. Y debo prevenir que procuré elegir (cosa difícil y hasta imposible dada la irregularidad de la menstruacion en esta enferma) aproximadamente la equidistancia en el período intermenstrual; pero, sea por efecto de una coincidencia, sea por una accion solicitante del raclaje sobre el flujo catamenial, el hecho es que éste casi me pilla *infraganti*, pues, como he dicho, se presentó á los dos dias de la operacion.

Tranquilizé á la enferma y á su familia y esperé la terminacion del menstruo para volver á examinar el estado del útero.

Debo agregar que nada de particular presentó esta menstruacion, á no ser que segun la enferma me declaró: hacia mucho tiempo no reglaba tan bien.

Al mes proximamente (en Marzo) volvió á presentarse la menstruacion en condiciones normales.

En Abril ha faltado la menstruacion; pero ni en Febrero, ni en Marzo, ni en Abril no ha perdido una sola gota de sangre con caracter metrorrágico.

La ligera leucorrea concomitante ha sido modificada muy favorablemente por medio de aplicaciones tópicas de tintura de iodo y curaciones glicerinadas.

En cuanto á la anteversion, siendo ésta moderada, he creído inconveniente (y lo mismo piensa el Dr. Ayerza) intervenir por medio de agentes mecánicos con el propósito de corregirla. Dicha anteversion ligada, lo mismo que las metrorragias á la sub-involucion ó regresion incompleta del útero, es posible desaparesca espontaneamente cuando este órgano se haya normalizado totalmente ó una gestacion ulterior contribuya poderosamente á enderezarlo.

Por lo demás la enferma no padece lo mas mínimo á consecuencia de esta desviacion.

De lo dicho se desprende, que no considero definitivamente curada á esta señora. Es posible la recidiva y que sea necesario repetir una ó mas veces el raclaje. El tiempo lo dirá y tendré al corriente á los lectores de los « Anales » de la marcha del caso. Entretanto conste que la intervencion quirúrgica ha sido seguida de resultados que no pudieron lograr los diversos tratamientos médicos, cortando de raiz la causa de las metrorragias.

Dr. L. C. Maglioni.

Estudio Clínico del Método Dialectrolítico.

(Trabajos del Gabinete Electro-Terápico del Hospital de Clínicas.)

Se sabe que la electricidad constituye uno de los medios que poseemos para descomponer ciertos cuerpos, y que al hacer pasar una corriente eléctrica al través de una solucion salina la sal se descompone, depositándose el metal en el polo negativo y el ácido ó metalóide en el polo positivo.

Últimamente varios médicos (cada uno por su parte, segun parece, y sin tener conocimiento de sus experimentos) los Doctores Spillmann (de Nancy), Onimus, Courserant, Brondel, (este último haciendo una comunicacion á la Academia de Medicina de Paris en la Sesion del 22 de Setiembre de 1885 con el nombre de *Método Dialectrolítico)* han tenido la idea de tratar ciertas partes enfermas del cuerpo por determinados medicamentos, — como el Iodo por ejemplo.

Se aplica, dice el Dr. Brondel, sobre una parte del cuerpo, una hoja de yesca sumergida en una solucion concentrata de Ioduro de Potasio, poniéndola en contacto con el polo negativo de una pila, cuyo polo positivo se halla aplicado tambien sobre la piel y mas ó menos alejado del primero y donde puede constatarse despues de poco tiempo la presencia del Iodo.

Desgraciadamente Mr. Dujardin-Baumetz (Academia de Medicina, sesion del 30 de Setiembre 1885) ha pretendido demostrar que este último hecho, es decir la presencia del Iodo al nivel del polo positivo, se debía únicamente á que esta sustancia era llevada allí inconscientemente por las manos del experimentador!

Parece que la opinion autorizada del distinguido Médico del Hospital Cochin ha prevalecido sobre la de los Médicos cuyo experimentos he citado, y actualmente

se considera la dialectrolisis como imposible de realizarse en el hombre.

Tal era el estado de estas cuestiones cuando comenzé á hacer mis experimentos sobre este tópico, y apesar de que recien han transcurrido 3 ó 4 meses desde que he principiado mis pesquizas, puedo hoy demostrar la posibilidad de la dialectrolisis Iódica en el hombre, cuya evidencia se demuestra (empleando el método del Doctor Brondel) no solamente por la presencia del Iodo al nivel del polo positivo, sino tambien en la orina.

Para que cada uno pueda verificar la exactitud de los resultados que he obtenido en mis experimentos, voy á indicar con algunos detalles el procedimiento operatorio que he empleado.

La solucion en la cual embebía la yesca del polo negativo, era saturada y contenia cierta cantidad de Ioduro de Potasio no disuelto. Esto es importante de notarse, puesto que he tenido ocasion de observar que empleando una solucion saturada de esta sal, mandada preparar por mi en casa de un farmacéutico, no he obtenido la reaccion característica del Iodo en las orinas, á pesar de que las demás condiciones, como ser la intensidad de la corriente, los puntos de aplicacion de los excitadores, sus superficies, y duracion de la sesion fueran las mismas. Aconsejo, pues, á todos los que quieran verificar la exactitud de mis aserciones, preparen ellos mismos la solucion como lo he indicado.

Aquí debo hacer una observacion, ó mas bien dicho plantear una cuestion.

Cuando en una botella que contiene cierta cantidad de Ioduro de potasio se vierte la misma cantidad (en volúmen) de agua, inmediatamente la temperatura baja, y es solamente cuando la disolucion se ha efectuado hasta saturacion que la temperatura del líquido vuelve á la del ambiente. En este momento la solucion presenta la trans-

parencia del agua y no posee otro olor sino el suigeneris del Ioduro de Potasio.

Despues de algunas horas, 20 ó 40 segun la circunstancias (difíciles de determinar), la solucion toma un color amarillento, y entonces aparece el olor característico del Iodo. El color y el olor aumentan los dias siguientes hasta llegar á un máximum.

Ahora hé aquí la cuestion. ¿La solucion recien preparada, es decir la que no posee Iodo en libertad, es mas activa bajo el punto de vista de su empleo en dialectrolisis que la solucion en la cual se halla cierta cantidad de Iodo libre?

Teoricamente no hay duda que la primera debe ser la mas activa, pero prácticamente no he podido evidenciar su superioridad.

Para demostrar la presencia del Iodo sea al nivel del polo positivo, sea en la orina, me he determinado (despues de algunos ensayos) á adoptar el siguiente procedimiento:

En el líquido á examinar disuelvo cierta cantidad de almidon y hago pasar al través de él una corriente cuya intensidad sea de 20 á 30 miliampéres, con una resistencia exterior de 200 á 300 ohms. Los reóforos deben hallarse terminados por una sustancia inoxidable (empleo los hilos de platino). Inmediatamente, si la solucion contiene Iodo, comienza á aparecer la coloracion característica del compuesto de esta sustancia y el almidon. Cuando su cantidad es muy pequeña, la coloracion azulada no aparece al nivel del polo positivo, sino únicamente una coloracion amarillenta mas ó menos pronunciada. El exámen microscopico me ha demostrado que esta coloracion es debida tambien á la presencia del Iodo.

Examinando la sensibilidad de este procedimiento, he observado que colocando en 1000 gramos de agua corriente una gota de una solucion de Ioduro de Potasio á partes iguales, es decir 5 centígramos poco mas ó menos de esta

sal, la coloracion azulada característica aparece de una manera manifiesta al nivel del polo positivo.

Ahora, antes de indicar los demás detalles del procedimiento que empleo, voy á someter á mis lectores una cuestion, á saber el mecanismo del paso del Iodo al través de los tejidos. ¿Es debido este traspaso á la corriente eléctrica ó únicamente á la absorcion ó imbibicion de la epidermis intacta? La discusion de esta cuestion me llevaría demasiado lejos, en vista de que me obligaria á exponer el punto tan discutido y discutible de la absorcion cutánea.

Siendo este un *artículo práctico* en el cual me propongo exponer los resultados de mis experimentos, me creo autorizado á no tocar este tópico bajo el punto de vista histórico y limitarme á indicar lo que he observado.

Hacen ya muchos años, siendo yo médico militar, traté de constatar si despues de la aplicacion de la tintura de Iodo oficinal ó la solucion de Lugol sobre la piel intacta, este cuerpo se absorbía y si este hecho podía demostrarse por la presencia de él en las orinas. Despues de haber efectuado un sinnúmero de observaciones creí hallarme autorizado á decir que: « despues de la aplica-
« cion sobre la piel intacta, sea de la solucion de Lugol,
« sea de la tintura de Iodo, la absorcion no era jamás
« suficiente para manifestar la presencia del metalóide en
« la orina, siempre que hubiese evitado la absorcion
« pulmonar. »

En cuanto á la absorcion de la solucion de Ioduro de Potasio saturada, varias veces he exsperimentado sobre mi mismo, colocando placas del mismo modo que en la dialectrolísis, pero sin unirlas al eléctrodo de la pila, y no he constatado nunca la presencia de Iodo en la orina, mientras que una vez en comunicacion con una pila de intensidad suficiente, la aparicion de esta sustancia en la secrecion renal era segura.

Aquí se me ocurre una nueva pregunta. ¿La absorcion que se observa en este caso es debida á la corriente, es decir al trapaso del fluido eléctrico, ó únicamento á uno de sus efectos, como ser los efectos térmicos?

Dejaré este punto sin respuesta, en vista de que actualmente, conocemos muy poco, por no decir nada, sobre las modificaciones térmicas bajo la influencia de la electricidad. Desde que me ocupo del empleo de este poderoso agente en la Terapéutica, me he preocupado de establecer el *determinismo* de la modificaciones térmicas bajo la influencia de la administracion de la electricidad estática. galvánica y farádica. Pero hasta ahora, á pesar de cierto número de observaciones, me es imposible deducir de ellos ninguna conclusion y poder determinar *que en un caso dado, su influencia, empleando tal ó cual procedimiento debe producir tal ó cual modificacion térmica.*

Si no he podido hasta ahora, despues de un año que me hallo en posesion de un servicio oficial de Electroterapia, en el cual no faltan elementos y material de observacion, si no he podido, digo, llegar á un resultado satisfactorio en cuestion tan importante, es que estas observaciones requieren *persistencia*, *constancia* y *exactitud,* tres condiciones indispensables pero difíciles de llenar hallándome solo, como hasta hoy, sin ayudante ninguno para llevar á cabo con facilidad mis experimentos y observaciones.

No puedo considerar como un ayudante al señor Morel, practicante de la Clínica Oftalmológica, el que en sus momentos perdidos tiene la amabilidad de ayudarme, pero esta ayuda benévola no es por cierto suficiente, dada la cantidad de trabajos que tengo entre manos.

Pasaré ahora á la exposicion de otros detalles del procedimiento para terminar,

Para evitar la objecion hecha por Dujardin Baumetz, en todo mis experimentos me he servido siempre de dos

personas, sea en el Hospital, ó en mi clientela particular.

Una de las personas podia tocar el Iodo y los hilos que se hallaban en relacion con el polo negativo, mientras la otra, tocaba únicamente los electrodos positivos.

Cometí al principiar mis experimentos un error que deseo consignar y es, que me valí para embeber en la solucion de Ioduro de chapas excitadoras dobladas con esponja. Despues de haber constatado la presencia del Iodo al nivel del polo positivo y hasta una vez en el polo negativo, (habiendo puesto la solucion de Ioduro de potasio por descuido en el polo positivo) se me ocurrió que tal vez la esponja (que como se sabe contiene Iodo) fuera la que suministrara el metaloide en cantidad suficiente para ser reconocido por el método de investigacion empleado. Efectivamente, verifiqué el hecho analizando el líquido en que sumergia las esponjas y las exprimia, hallando siempre el metaloide. Inmediatamente suspendí el empleo de los excitadores cubiertos con esponjas.

Pero quise tambien averiguar si las esponjas contenian las cantidad de Iodo suficiente para producir los efectos de dialectrolisis, pero á pesar de haber empleado las corrientes de misma intensidad y el mismo procedimiento del Dr. Brondel, constaté que los fenómenos de que he hablado no se producian sino cuando empleaba la solucion saturada en la que se hallaba un exceso de cristales de Ioduro. Usando pues esta solucion y la chapa de yesca he obtenido siempre la reaccion característica del Iodo en las orinas.

(Continuará.)

Dr. Sudnik.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Química Médica

Algunos nuevos reactivos del azúcar urinario. Empleo del licor de Fehling.

La investigacion del azúcar en la orina puede considerarse siempre como difícil, cuando se quiere llegar á una certidumbre absoluta en el caso en que la cantidad de glucosa sea poco considerable. Por esto es, que cierto número de reactivos nuevos han sido últimamente estudiados.

Mr. Nydlander aconseja tomar 2 gramos de sub-nitratro de bismuto, 4 gramos de tartrato de soda y 100 gramos de lejía de sosa al 8 %. Despues de mezclarse se deja depositar 24 horas y se filtra sobre algodon de vidrio. La ventaja de esta solucion consiste en poder conservarse mas de un año sin alterarse.

Para el uso se colocan en un tubo de ensayo 10 c.c. de orina y se añade 1 c.c. del reactivo; si hay azúcar, se produce, al calentar la mezcla, un precipitado negro. De esta manera puede constatarse la presencia de 0,025 de azúcar por 100 de orina.

Desgraciadamente el reactivo de Nylander puede precipitar en presencia de otros cuerpos á más de la glucosa.

Mr. Méhu ha empleado paralelamente al licor de Fehling una solucion caústica de bismuto cuya composicion es la siguiente:

Sub-nitrato de bismuto	15 gr. 5 centg.
Ácido tártrico	30 gramos
Lejía del avanderas	360 »
ó Sosa cáustica	80 »

Tritúranse las dos primeras sustancias en un mortero de porcelana, se añade poco á poco la lejía de sosa y agua destilada caliente hasta completar 500 cc, y se filtra. Para hacer uso de este licor, cuya conservacion es excelente, se añade 1 cc. de él á 10 cc. de orina (cuando mas 2 cc. si la densidad es elevada) y se calienta el tubo á la ebullicion. Si al cabo de diez minutos la mezcla no se ha puesto negra, es que no contiene azúcar. El reactivo de Médhu es mucho mas sensible que el de Nylander porque contiene más álcali cáustico.

Agostini ha propuesto el empleo de un reactivo que llama auro-potásico —; se sirve de dos soluciones: una de cloruro de oro á $^1/_{100}$ y la otra de potasa cáustica á $^1/_{20}$. Se calienta á ebullicion en un tubo de ensayo una mezcla de 5 gotas de líquido á ensayar con 5 gotas de solucion aurica y dos gotas de solucion de potasa. Si el licor contiene glucosa se vé, despues del enfriamento, aparecer un tinte violáceo mas ó menos intenso. Pueden así constatarse: —

$^1/_{100,000}$ de azúcar; en la orina la sensibidad es solo de $^1/_{1000}$ y el color rojo vinoso proporcional á la cantidad del cuerpo anormal. Salvo la albúmina, de la que es fácil la eliminacion por el calor y la filtracion, ninguno de los compuestos normales ó anormales de la orina puede producir la reaccion.

El licor de Fehling será todavía durante mucho tiempo el reactivo más empleado. Sus dos principales inconvenientes son su alteracion espontánea y la dificultad que existe en el dosaje cuantitativo para determinar el final de la reaccion.

Segun el Consejo de Gautier, pueden prepararse cuidadosamente de antemano las soluciones siguientes: 1.º una solucion de sulfato de cobre encerrando por litro 103,92 gramos de esta sal; 2.º una solucion de sal de Seignette

á 320 gramos por litro (teniendo cuidado de añadirle un poco de ácido fénico para impedir la descomposicion); 3.º una lejía de sosa á 1,17 de densidad, conservada al abrigo del aire. Cada vez que se deseará dosar el azúcar, bastará mezclar por agitacion volúmenes iguales de estos tres licores medidos exactamente. 10 centímetros cúbicos serán reducidos por 0,05 de glucosa.

Mr. Fournioux, de la Escuela de Farmacia de Poitiers, ha hallado el medio de hacer muy visible la reaccion final en el dosaje del azúcar por el licor de Fehling. En una probeta de 100 cc. y graduada por cc. se echan:

1.º Orina azucarada		50 cc.
2.º Acetato de plomo líquido . .		5 »
3.º Carbonato de Amm. Sol. á $^1/_5$.		10 »
4.º Agua destilada . . .	91 p.	100 »

Agítese, filtrese, de modo que se obtiene una orina diluida por mitad (cuidar como siempre que la orina no contenga más de 1 % de azúcar).

Por otra parte, tómase un pequeño matraz de fondo plano de 50 á 60 cc, y provisto de un tubo de embudo y de un tubo de desprendimiento.

En este matraz se coloca:

1.º Licor Cupro.sódico	2 cc,
2.º Amoníaco líquido	15 »

Con ayuda de una lámpara de alcohol se lleva esta mezcla á la ebullicion y se añade entonces gota por gota la orina, ya defecada y colocada en una bureta graduada en décimos de cc. Despues de cada afusion de licor azucarado se tiene cuidado de enjuagar el tubo de embudo con algunas gotas de amoníaco diluido á $^1/_4$. Continúase de esta manera á añadir el licor titulado hasta descoloracion completa y perfecta limpidez. Leése entonce sobre la bureta graduada cuánta orina azucarada se ha empleado.

P. Chéron.

(L'Union Médicale).

El Microbio del Cáncer. — Un argumento todavia en favor del orígen microbiano del cáncer. Un médico ingles el Dr. Blyth, investigando la trasmision del cáncer por contagio ha citado experimentos y varios ejemplos de infeccion en el hombre por inoculacion accidental, sea á consecuencia de una herida, sea por el contacto íntimo con sujetos cancerosos.

Entre otros casos relata la historia curiosa de tres personas que habiendo habitado sucesivamente la misma casa, se habian vuelto cancerosas: un extranjero que visitaba á menudo esa casa fué igualmente atacado de cáncer, y tambien su sobrina. En presencia de estos hechos, Mr. Blyth no cree que se trate de una simple coincidencia sino cree que debe mas bien invocar el contagio que no una pretendida predisposicion individual, misteriosa y hereditaria, permanecida largo tiempo latente.

No hay que rechazar completamente la predisposicion en la etiología del cáncer, ahora sobretodo que se conoce mejor la influencia del temperamento artrítico sobre la produccion de los neoplasmas; esta predisposicion puede tambien ser hereditaria, pero no es ya tan misteriosa como ántes; se halla constituida por el terreno artrítico, en el cual pueden caer y desarrollarse fácilmente los germenes del cáncer.

(L' Union Médicale.)

Investigacion del Gonococcus en Medicina legal. — En una cuestion de violacíon que tuvo lugar hacen algunos meses en los tribunales de Douai, el abogado de los acusados puso en duda el fallo de los peritos que determínaban la naturaleza blenorrágica de las manchas halladas sobre la ropa del acusado y de la niña; el defensor arguia que no se habian buscado y constatado la presencia del gonococcus de Neisser. El Doctor Casiatux, profesor de Medicina legal en Lille, fué encargado juntamente con el

Doctor Lober del estudio de estas manchas de la ropa. Ante la dificultad de descubrir la existencia de los micrococci en la maceracion de los pedazos de tela cubiertos de pus, los nuevos peritos hicieron cultivos de pus blenorrágico en medios diferentes y en fin sobre el agar-agar peptonificado y azucarado. Los felices resultados á que llegaron les permitieron afirmar la naturaleza blenorrágica de las manchas; lo que no hizo sino confirmar las conclusiones de la investigacion judicial.

De allí la necesidad que se impone ahora á los Médicos-legistas de conocer los diferentes procedimientos para la investigacion del gonococcus.

BIBLIOGRAFIA

Allas de las enfermedades de la piel — Por Silva Aranjo — 3er. fascículo 1887 —

Hemos recibido el 3er. fascículo de esta importante obra publicada bajo la direccion del Dr. Silva Aranjo — Miembro de la Academia Imperial de Medicina de Rio-Janeiro — Trae una preciosa plancha fototípica representando 6 diferentes estados de elefantíasis de los árabes en sus diversos grados de curacion, en el mismo indivíduo.

El autor reconoce y prueba la posibilidad de curacion de esa terrible endemia que denomina «*elefancia*» para distinguirla de la elefantíasis de los griegos ó *lepra*.

El tratamiento es la electroterapia, empleando alternativamente, las corrientes contínuas, las corrientes inducidas y hasta la electrolísis.

Hace un estudio clníico muy detallado é interesante, sobre esa enfermedad, fundando la teoría en principios de fisiología patológica muy bien aplicados y razonados.

Síguele una estadística de 400 casos tratados por ese método con los resultados muy satisfactorios.

Recordaremos que una memoria del Dr. Silva Aranjo

tratando del mismo tema fué presentada á la Academia de Ciencias de Paris por el ilustre Gosselin.

FORMULARIO

Solucion contra la tísis laríngea.

Cloridrato de morfina	0 gr.	20	cent.
Acido fénico	1 „	50	„
Acido tánico	1 „	50	„
Glicerina neutra y agua destilada aa	16 „		

Disuélvase: — Con un pincel embebido en este líquido, se extiende por la entrada de la laringe, una ó dos veces cada 24 horas — En los intérvalos se diluye la solucion con dos ó tres veces su volúmen de agua y se le emplea bajo forma de pulverizaciones.—N. G.

Pasta contra el eczema. —

Acido salicílico pulv.	1 á 2 gr.		
Oxido de Zinc pulv. . . .)	aa 12	„ 50	cent.
Almidon pulv. . . . .)			
Vaselina pura	25 „		

Mézclese con cuidado. — Se forma una pasta que se extiende sobre la piel, para combatir el eczema generalizado, á la vez papuloso y escamoso, así como el intertrigo de los niños. — Se cubre la region con algodon despues de la untura.—Lassus.

Tratamiento de la Sifilis por el metodo hipodérmico. — Mr. de Smet de la Sociedad de Medicina de Bruselas, sostiene la ventaja de las inyecciones hipodérmicas. Emplea exclusivamente las sales solubles, sobre todo el sublimado, á veces el peptonato, y en ciertos casos el cianuro.

Experimentando sin embargo con sales insolubles se sirve de la solucion siguiente:

Oxido amarillo de mercurio . . .	6 gr.
Sublimado	0,05 cent.
Glicerina pura	100 gr.

Cada inyeccion, teniendo en cuenta el depósito que

se forma en la jeringa, equivale á 5 centigr. de óxido.

Las precauciones antisépticas mas minuciosas se ponen en práctica. Los recipientes que sirven á la confeccion del líquido se enjuagan con ácido sulfúrico, la glicerina se calienta al baño de maria á 100° durante 24 horas; una pequeña cantidad de sublimado ½ por 1000, asegura la coservacion del líquido. En fin ántes de practicar la inyeccion, la jeringa de Pravaz y las agujas se sumergen durante algunos minutos en una solucion de sublimado al 1 %

Tratamiento de la blenorragia crónica. — Cuando la blenorragia se ha vuelto crónica, y que el líquido conserva todavia su purulencia, si el enfermo no ha tomado Copaiba desde seis semanas ántes por lo menos, hay probabilidades para que esta oleo-resina se muestre eficaz. Prescríbanse las píldoras siguientes:

Balsamo de Copaiba	12 gramos
Magnesia	Q. S.

Para hacer píldoras de 2 decígramos — Tomar, tres veces al dia, cuatro de estas píldoras; continuar durante 12 dias; despues durante ocho dias mas tomar tres por la mañana y tres por la noche.

Al mismo tiempo, hacer 3 veces diarias la inyeccion siguiente:

Sulfato de zinc	1 gr.
Acetato de plomo	2 »
Laudano de Sydenham	aa 3 »
Tintura de Cachou	
Agua destilada	250 »

Mañana y noche lociones frias sobre el periné, las bolsas y el bajo-vientre.—Diday.

El agua naftolada en el ozena y las rinitis crónicas. — A. Ruault. — El Autor emplea con ventaja para las irrigaciones nasales con el sifon de Weber, en la ozena y otras rinitis purulentas el agua naftolada preparada segun la fórmula siguiente:

Naftol B. . . . . 12 gramos
Alcool á 90° . . . . . 84 »

Una Cucharada de café en un litro de agua tibia para el empleo inmediato. Cada cucharada de café contiene 0,50 centígr. de naftol.

Los enfermos experimentan una sensacion de ardor desagradable, pero pasajera. Puede emplearse una solucion mitad menos fuerte, ó mas bien hacer preceder de algunos minutos la irrigacion por una pulverizacion intra-nasal de una pequeña cantidad de solucion de cloridrato de cocaina al 2 ó 3 %.

Un nuevo microbio de la sífilis.—Los Dres. Disse y K. Takaki, profesores de anatomía en la Universidad de Tokio, pretenden haber descubierto, cultivado é inoculado con éxito un nuevo microbio de la sífilis. Han examinado la sangre de sifilíticos curados al parecer de toda manifestacion de la enfermedad, eligiendo para esto la piel de la cara á causa de lo abundante de su riego sanguíneo y descubierto cuerpos esféricos de 0.001 milímetros de diámetro, aislados ó en grupos, entre los glóbulos sanguíneos. No son fáciles de distinguir, excepto cuando la capa de sangre es muy delgada. En los individuos no sifilíticos, examinados con las mismas precauciones, no se han descubierto estos cuerpos. Los cultivos con la sangre sifilítica han sido eficaces en las tres cuartas partes de los casos.

Al reconocerlos al microscopio, se observó: 1.° formas esféricas simples de 0,0008 m. m. de diámetro; 2.° esferas dobles parecidas á bastoncillos cortos con extremidades redondeadas; su longitud es de 0,0018 mm y su anchura la mitad; 3.° cadenas y grupos formados de las esferas dobles; 4.° á veces esferas triples en línea que median 0,0027 m.—*(The Lancet).*

EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFÓIDEA

según el profesor Jaccoud

El tratamiento sistematizado de la fiebre tifóidea es, como ya se sabe, el objeto de predileccion de los estudios y de la experiencia magistrales del profesor Jaccoud, desde hace mucho tiempo. Acaba de resumir los preceptos que con este motivo ha preconizado en una de estas lecciones clínicas, cuyo secreto posee, en la que el método y la claridad se prestan mutuo apoyo, y cuyo análisis nos agradecerán nuestros lectores, sobre todo los que están en el caso de apreciar las dificultades de la práctica diaria.

El tratamiento que conviene instituir en la fiebre tifóidea es bastante complejo. Los medios de que se compone forman dos partes distintas: una constante, uniforme, que se ha hecho casi clásica y seguida poco menos que universalmente; y otra variable, cuyas indicaciones, bastante mal conocidas, merecen que se establezcan de un modo serio.

La parte constante del tratamiento se compone desde luego del *régimen,* el que tiene á la leche por agente fundamental. Uno de los peligros invariables de la fiebre tifóidea es la insuficiencia urinaria, en cantidad y en calidad á la vez; por la administraciòn precoz y continuada de la leche se combate eficazmente este peligro, se remedia la insuficiencia cuantitativa y cualitativa de la orina, se asegura la diuresis al mismo tiempo que la eliminacion de los productos escrementicios cuya acumulacion en la economía es temible. Es necesario, pues, desde los primeros dias, hacer tomar un litro ó un litro y medio de leche y llegar á dos litros á los tres ó cua-

tro días; estas dosis, en general, son fácilmente toleradas por los enfermos, aun por aquellos que en estado de salud les gusta poco la leche.

El régimen puede completarse con un poco de caldo En todo caso es bueno hacer tomar diariamente unos 250 gramos de vino de Burdeos puro ó diluído en agua, poco importa, con tal que esta racion de vino se beba en las veinticuatro horas.

Después viene la *medicación antitérmica*, que es necesario no confundir con la *medicacion antipirética*, pues distan mucho de ser sinónimos estos dos términos. La primera medicación obra activando la pérdida del calor, sustrayendo al organismo el calórico producido; la segunda obra, ó pretende obrar, moderando la producción del calor. Pero en el tratamiento constante, aplicable á todos los casos de fiebre tifóidea, no es la medicación antipirética la empleada, sino la antitérmica, cuyo mejor agente son las lociones frías. Luego, desde que se establezca el diagnóstico de la enfermedad, deben prescribirse las lociones frías por toda la superficie del cuerpo, haciéndose mas eficaces si se emplea el vinagre en vez del agua pura. Deben repetirse cuatro ó cinco veces al día si la temperatura del enfermo no pasa de 39 grados; seis veces si llega á 39 grados y medio; y ocho veces si es mayor. Deben continuarse invariablemente hasta que la convalecencia se establezca de un modo franco.

Despues de cada locion se observa un descenso de temperatura que varía entre 0'7 y un grado, y que dura de media hora á hora y media; raras veces se prolonga mas de tres cuartos de hora. No se obtiene así mas que una refrigeracion temporal del cuerpo; pero como ésta se repite varias veces al día, y constituye otros tantos períodos de calma, de reposo para el organismo, no puede dejar de serle beneficiosa.

Sucede á veces que despues de haber usado las lo-

ciones frías durante un día ó dos, se ve descender claramente el nivel de la curva termométrica; en estos casos felices, las lociones moderan la producción del calor al mismo tiempo que activan su pérdida, y obran como antipiréticos tanto como antitérmicos. Mas no hay que confiar en esta refrigeracion permanente, que es completamente excepcional; lo que de ordinario producen las lociones frías, es una refrigeracion temporal, la sola que generalmente se tiene interés en obtener.

Al propio tiempo que la medicacion antitérmica, y con tanta frecuencia como ella, es necesario emplear la *medicacion estimulante*, teniendo por base al alcohol. Tan pronto como se descubre la enfermedad se administra el alcohol (ron ó coñac, segun los gustos individuales) á la dosis de 40 ó 80 gramos al día; segun la edad y el estado del enfermo. El medio mejor de administracion es la pocion cordial, que, además del aguardiente ó del ron, contiene tintura de canela y tres ó cuatro gramos de extracto de quina. Si la canela y la quina repugna al enfermo, se limita á un simple julepe; pero la poción cordial completa es preferible en principio. Si á pesar de todo, la adinamia continúa amenazadora, se añaden á la pocion cuatro ó seis gramos de acetato amoniaco; estos diversos elementos se asocian perfectamente entre sí.

En fin, si los fenómenos torácicos son intensos, si el catarro bronquial es muy pronunciado, se les combate haciendo aplicar, mañana y tarde 40 ventosas secas en los miembros inferiores, y repitiendo esta aplicacion 6, 8 ó 10 dias seguidos; pero no se recurrirá á las ventosas secas sino cuando los signos de congestion pulmonar sean muy acentuados; sedejarán de usar cuando estos signo hayan desaparecido.

En resumen, la leche, el vino, las lociones con vinagre, la pocion alcohólica, he aquí los medios que son necesarios constantemente desde el principio y durante

debe hacerse nada mas para ayudar al enfermo; en otros deben emplearse algunos medios suplementarios, que forman la parte variable de la terapéutica.

¿En qué consiste esta variabilidad de tratamiento? No consiste en una modificacion cualquiera del tratamiento precedente, el cual queda invariable. Consiste en la intervencion de la medicacion antipirética añadida á las precedentes, en la adicion de la quinina y del ácido salicílico á las medicaciones citadas anteriormente y cuyo empleo se continúa á pesar de todo. Otro accesorio que debe colocarse al lado de las dos primeras es la digital.

¿En qué casos conviene añadir la quinina ó el ácido salicílico, al tratamiento fundamental de la fiebre tifóidea? Como estos medicamento son únicamente antipiréticos y se dirigen exclusivamente á la fiebre, está indicado su empleo siempre que la observacion de dos ó tres días consecutivos pruebe que, á pesar del empleo de las lociones frías, la fiebre permanece grave en sí, por ella misma.

¿Pero cómo se juzgará que la fiebre es grave en sí, y que debe ser combatida por uno de los agentes que obran sobre los centros calorígenos moderando su actividad? No debe creerse que toda fiebre cuya cifra vespertina es muy elevada sea forzosamente grave. Desde luego una sola cifra no significa absolutamente nada; es una observacion sin valor, desde el punto de vista de que tratamos. Aun cuando la fiebre se mantenga entre 40 y 41 grados durante varios días, es una observación insuficiente para apreciar el carácter de la gravedad de la fiebre; pues puede suceder que una serie de cifras que oscile entre 39'5 y 40 grados sea mas grave que otra serie de 40 á 41 grados; si en la primera las oscilaciones son casi insensibles y marcadas por remisiones poco apreciables en comparacion con las de la segunda serie.

El único criterio se encuentra en las remisiones de la mañana; cuando es bastante marcada la diferencia entre las cifras de la tarde y de la mañana, el organismo tiene un período de reposo mas largo y mas benéfico que cuando la línea termométrica es casi horizontal. ¿Cuándo, pues, son suficientes estas remisiones para que la fiebre no presente gravedad por sí misma? Cuando por lo menos son iguales á las oscilaciones diurnas de la temperatura fisiológica, oscilaciones que, como se sabe, son de 0'8 á un grado. Cuando las remisiones de la fiebre llegan á esta última cifra, el trazado se parece exactamente á la curva que representa la temperatura fisiológica, solamente que está colocado en un grado mas elevado de la escala termométrica; en este caso la fiebre no es grave en sí, y no es necesario combatirla sino por el tratamiento fundamental. Por el contrario, cuando las remisiones de la mañana no pasan de 5 décimos de grado, cuando la línea es poco quebrada, la fiebre es grave por sí sola, el enfermo está en peligro por el hecho de la fiebre; en este caso es cuando hay que añadir la quinina ó el ácido salicílico al tratamiento fundamental.

La quinina es de uso mas general que el ácido salicílico, no porque la primera posea superioridad de acción, sino porque el segundo tiene mayor número de contraindicaciones. Así la *quinina* es el agente principal de la medicación accesoria en la fiebre tifóidea. Pero no debe administrarse nunca durante más de tres días seguidos.

El primer día se da la dosis máxima, por ejemplo 2 gramos de bibromhidrato (que equivale á un gramo de sulfato), sal que se soporta mejor que el sulfato y que tiene la ventaja de dejar en libertad en el organismo una porción de bromo que obra como sedante de los fenómenos nerviosos. Los 2 gramos se dividen en cuatro «cachets» de 50 centígramos; la dosis total debe ser to-

mada en el espacio de tres cuartos de hora ó de una hora á lo mas, porque la eliminacion de la quinina es tan rápida que si se dividen y se separan las tomas, no se obtiene en ningun momento accion sensible sobre la fiebre, lo que ha hecho que experimentadores no prevenidos de esta particularidad hayan dicho equivocadamente que el medicamento no tiene ninguna accion.

El segundo día se da una dosis menor, 1 gramo 50; el tercer día solamente 1 gramo. Luego se suspende del todo esta medicacion durante dos ó tres días; despues de este reposo vuelve á empezarse si hay necesidad.

Conviene administrar la quinina siete ú ocho horas antes de la aparicion de la temperatura que quiera modificarse, sea por la tarde, sea por la mañana, segun las particularidades de la curva. Sin duda sus efectos, son mucho mas marcados cuando se quiere obrar sobre la temperatura de la mañana que cuando se busca influir en la de la tarde, porque en el primer caso la accion terapéutica se añade al movimiento natural de depresion termométrica que se manifiesta en las primeras horas del día, mientras que en el segundo el medicamento obra en sentido inverso á la naturaleza que tiende á aumentar la fiebre por la tarde.

Por esto Libermeister da siempre la quinina por la noche para obtener el mayor provecho posible hacia la mañana; Jaccoud considera este método como demasiado exclusivo; si le preocupa la elevacion de la temperatura de la tarde, obra en consecuencia de ello, y lo mismo en la temperatura de la mañana.

Las dosis, las horas y procedimientos del *ácido salicílico*, son exactamente los mismos que para la quinina. Tiene sobre ésta algunas ventajas que parecen hacerle preferible.

Desde luego su accion sobre la temperatura es por lo menos igual, tal vez superior á la de la quinina. Ade-

más tiene una influencia útil sobre la diuresis; eliminándose en parte bajo la forma de ácido salicilúrico, facilita la eliminacion de los resíduos nitrogenados del organismo; verdad es que esta ventaja es poco importante si se sujeta el enfermo al régimen lácteo, que basta para esta tarea de depuracion.

En tercer lugar tiene una accion antiséptica superior á la de la quinina. Pero rara veces tiene uno la libertad de usar á voluntad uno ú otro medicamento, pues el empleo del ácido salicílico está contraindicado por la debilidad del corazon, por los desórdenes funcionales de los riñones, por las manifestaciones cerebrales intensas, complicaciones todas muy frecuentes en la fiebre tifóidea; así como lo está tambien por el alcoholismo. Otra contraindicacion consiste en la intensidad de los fenómenos torácicos; pues en tal caso el corazon está ya comprometido, y sería querer aumentar su debilidad si se administrara el ácido salicílico.

En suma, este puede y debe usarse de preferencia, cuando no existe ninguno de los estados precedentes; en caso contrario, debe recurrirse á la quinina.

Falta para mencionar una última adicion posible á las medicaciones que preceden, es el empleo de la *digital.* Frecuentemente en el curso de las fiebres tifóideas graves, particularmente hacia el fin del segundo septenario, la accion del corazon se hace insuficiente, lo que se manifiesta por la pequeñez y estado miserable del pulso, y sobre todo por la debilidad de impulso del órgano central de la circulación, así como por la disminucian de sus ruidos, principalmente el primero, que puede estar casi apagado.

Este desfallecimiento cardíaco, que puede producirse sólo por insuficiencia funcional, sin pericarditis ni endocarditis, constituye un accidente muy grave, tanto mas, en cuanto es insidioso y exige ser buscado con cuidado;

todo el curso de la fiebre tifóidea. En muchos casos no si se ignora su posibilidad, se pierden enfermos que hubieran podido ser salvados. En tal caso, debe renunciarse á la quinina así como al ácido salicílico, y continuando el tratamiento fundamental debe administrarse la digital durante dos ó tres días seguidos para volver á emplearla de nuevo despues de uno ó dos días de reposo.

La infusion de digital es el mejor medio para administrarla; raras veces está indicado hacer tomar mas de 60 centígramos, y aun esta dosis es solamente para el primer día; la del segundo es de 40 centígramos y lo mismo la del tercero.

Tal es el tratamiento de la fiebre tifóidea, como lo concibe y aplica el profesor Jaccoud, que, como se ve, no indica ni medios antidiarréicos, ni agentes desinfectantes del intestino. Lejos de combatir nunca la diarrea, por el contrario, la provoca cuando no existe: en efecto, el proceso tifódico tiene su origen en el intestino, allá pululan los agentes patógenos que son nocivos por sí mismos ó por sus productos, y que, reabsorbidos, envenenan al enfermo; claro está que esta reabsorcion aumentaría con la falta de deposiciones.

El naftol, agente principal del método antiséptico, tiene el grave inconveniente de producir con frecuencia constipacion, que es orígen de accidentes serios.

Jaccoud hace notar además que el principal peligro proviene de la presencia de agentes patógenos en los ganglios mesentéricos, en el bazo y en otros focos de infección en los que no puede tener accion alguna la antisepsis intestinal.

Por fin, no existen todavía series de observaciones que prueban que la duración y la mortalidad de la enfermedad estén disminuidas por la aplicacion de la antisepsis intestinal. Hasta aquí, pues, conviene hacer las mayores reservas soble ella, y limitarse, hasta que se hayan hecho

sus pruebas, á un conjunto de medios que la experiencia ha demostrado capaces de producir la curacion en una proporcion de un 90 por 100 de los casos asi tratados.

(La Tribune médicale.)

REVISTA DEL EXTRANJERO

Filaria medinensis. — Con el objeto de estudiar las condiciones en que los habitantes de Bujara enferman de la filaria, y establecer luego reglas acertadas de profilaxia para los soldados y obreros ocupados en la construccion de los ferro-carriles, el Dr. Heifelder había hecho un viaje de Karakul á Samarkand para recoger datos. He aquí lo que averiguó: el parásito llamado *restha* entra en el organismo humano con el agua del rio Zaravshan, estando libres del mismo los demás rios de Bujara (Amudarya, Sirdarya, Murgab y Tedhen). (Por lo demás se encuentra tambien en otras regiones cálidas, como el África Central). La Enfermedad no empieza á manifestarse si no á los nueve ú once meses, pudiendo el mismo individuo enfermar anualmente durante años seguidos. Cuando dicho período de incubacion ha pasado, el enfermo siente en la piel algo como un ovillo, luego un cuerpo largo, como cordon, y, finalmente, parece una mancha roja que á veces se convierte en abceso, acompañándose de calentura y dolor; en algunos casos Heifelder ha visto inflamacion crónica de varias articulaciones, sobre todo en la rodilla y la coxofemoral, en cuyos contornos estaba la filaria. La operacion de la extraccion se hace generalmente en los baños y barberías por especialistas que levantan la piel con dos dedos

de la mano izquierda, hacen una incision con una navaja de afeitar, y extraen el gusano poco á poco con una aguja. El conferenciante ha visto 28 casos, y propone como cautelas mas adecuadas: 1.º, que en el trecho desde el Amudarya á Karakul los trabajadores se provean de agua de aquel rio, sea por medio de un canal, sea conduciéndola en tinas y wagones; 2.º, desde Karakul hasta Katikargan se establezcan filtros de Pasteur en número suficiente; 3.º, dar mas pronto y mas á menudo el agua de riego á Bujara; 4.º, exigir del Gobierno de dicho país que mantenga limpios los estanques; 5.º, lavar bien antes de gastarlos, los melones, sandías, uvas y demás frutas; 6.º, no permitir el uso del hielo del rio Zaravsban. E. Heifelder termina su conferencia enseñando ejemplares de filaria y la última modificacion del filtro de Pasteur discurrido por el ingeniero Schinz, que es el representante de los mismos en San Petersburgo.

Actinomicosis abdominal.—El auxiliar Vasilyev comunica un caso de actinomicosis de la cavidad abdominal que ha observado en un hombre de cuarenta y seis años, natural de la provincia de Yaroslav, y que entró en el hospital de Barracas de Alejandro el 26 de Octubre, declarando que su enfermedad databa de Setiembre del año anterior, en cuya época se manifestaron, sin causa visible, dolores en el muslo derecho y la region inguinal correspondiente, aumentando, sobre todo, al extender la extremidad, y siendo menores cuando tenia el muslo doblado sobre el vientre. El mayor de estos abscesos de las paredes abdominales que, abriéndose gradualmente, dejaban conductos fistulosos, se habia formado debajo del ligamento de Poupart y fué abierto por un cirujano. En Agosto próximo pasado el enfermo empezó á febricitar con ataques de escalofrios y sudores, haciéndose el estado general cada vez peor.

El enfermo ofrecía el sistema óseo bien desarrolla-

do, los músculos flojos, la piel pálida con un matiz amarillento, presentando el mismo tinte las escleróticas. En la inspeccion por delante saltaba á la vista un aumento de volumen del hipocondrio derecho, en la region de la fosa ilíaca derecha, obsérvanse fístulas diseminadas, cuyos contornos constaban de tejido cicatricial, de color rojo-azulado; una de estas fístulas se abría en el ombligo mismo y otra á dos ó tres dedos por debajo del ligamento de Poupart derecho, las glándulas inguinales se hallaban abultadas como tambien las cervicales. En la boca no habia nada anormal fuera de unos dientes careados. El corazon no estaba abultado; los sonidos claros. En los pulmones oíanse á trechos estertores sibilantes. El hígado, empezando de la sexta costilla en la mamilar derecha, sobresalía en dos dedos el borde inferior de las costillas, era macizo, liso y sensible; el bazo se tocaba macizo desde la octava costilla. La pared abdominal por debajo del hipocondrio derecho, estaba dolorida y dura en la extension de una palma de mano, hallándose sus bordes infiltrados. Mas abajo, sobre todo en la region inguinal, la pared abdominal era dura al tacto y horadada de conductos fistulosos que daban salida á un pus líquido fétido. El enfermo caminaba bastante bien. La temperatura era por la mañana 37°,5, por la noche 38°; pulso 84; orina en las primeras veinticuatro horas 800^{cm3}, de la densidad de 1,019, con vestigios de albúmina. En el líquido purulento que salia de las fístulas descubríanse, además de los corpúsculos de pus, todavía otras células mayores llenas de gotas de grasa, En las preparaciones hechas segun el método de Gram, encontráronse micrococos ó bacilos, y ademas muchos filamentos, ya bifurcados, ya espirales, ya reunidos en plexos enredados, presentando algunos en los extremos unos abultamientos á modo de cabeza de alfiler. Tambien se veian unos cuerpos claviformes como rodeados de una

doble membrana. En vista de todo esto se diagnosticó una actinomicosis que probablemente se habia desarrollado, primero en el ciego ó la parte inferior del íleon, invadiendo luego los tejidos vecinos. El enfermo continuó en el hospital cuarenta dias, manteniéndose la temperatura siempre en altura febril de tipo intermitente, el pulso corria parejo con la temperatura y la orina contenia un poco de albúmina. En el punto infiltrado del hipocondrio derecho, acumulóse el pus, se presentó fluctuacion, y cuando Vasilyev, á instancias del enfermos abrió el absceso, el pus fétido que salió contenia masas de granulaciones actinomicóticas. Ademas, en la pleura derecha acumulóse gradualmente un exudado; por detrás, desde la mitad del omóplato, y por delante, desde la quinta costilla, presentóse un sonido macizo, disminucion de los ruidos respiratorios y de la vibracion vocal. Pronto empezó á desarrollarse la hidropesía y el enfermo murió el 6 de Diciembre. En la autopsia, hecha por el señor Uskov, salió una gran cantidad de pus de la cavidad abdominal; el grande epiplon y todo el peritoneo de la cara anterior de los órganos estaban pegados á la pared anterior del abdómen con una capa fibrinosa bastante sólida; en el pus habia muchos gránulos de color amarillento. El hígado estaba abultado, viéndose en el borde anterior del lóbulo derecho muchos focos de supuracion, en parte confluentes, en parte aislados, del tamaño de un garbanzo, comunicando algunos por pequeños orificios con el absceso grande de la parte anterior del abdómen. En el ángulo posterior del lóbulo derecho del hígado, en el punto de adherencia con el diafragma y en el espesor de éste, habia un absceso como un huevo de gallina, con los bordes rasgados; en este punto el pulmon derecho estaba fuertemente adherido, pero el absceso no tenía comunicacion con la cavidad pleural. El ciego se hallaba adherido á la pared abdominal casi

en toda su superficie; su mucosa, de color pizarreño oscuro, presentaba una cicatriz sólida, de aspecto verrugoso con muchas úlceras pequeñas de fondo liso y bordes socabados, comunicando entre sí. La parte inferior del íleo estaba adherida á la pared abdominal en un trecho de 11 centímetros y tambien á la vejiga. A esta misma region se hallaba tambien adherida una parte de la Silíaca En dicha posicion del intestino delgado veíanse cuatro cicatrices superficiales de color pizarreño, teniendo dos en el centro una úlcera de bordes delgados y socavados. La mucosa de la S presentaba la misma cicatriz superficial, radiada de color de pizarra, teniendo en el centro una úlcera que se comunicaba directamente con el conducto fistuloso que se abria en la piel debajo del ligamento de Poupart. Vasilyev terminó su exposicion presentando varias preparaciones del caso. —(*Vrach*, 1887. núm. 52).

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesion del 27 de Febrero de 1888.

Tratamientos del antrax. — El Sr. Labbé dijo que en la variedad de antrax de consistencia leñosa que suele presentarse en la nuca es ineficaz la pulverizacion; en esta variedad es en la que proponia Broca la extirpacion de la parte indurada. Las pulverizaciones, aunque aplicables siempre, no son de eficacia universal.

El Sr. Verneuil manifestó que tres dias antes habia ingresado en su clínica un diabtéico con una placa antracoide de 12 centimetros, en la nuca, complicada de accidentes cerebrales. ¿Cómo recurrir al bisturí en este

caso? Bastando las pulverizaciones fenicadas, no hay por qué emplear medios mas violentos.

Profilaxis de la sifilis. — El Sr. Lagneau dijo que convendría consultar á la magistratura respecto al art. IV del informe.

El Sr. Dujardin-Beaumetz indicó que su voto era contrario al del señor Lagneau.

El Sr. Le Fort dijo que en Francia, cuando una mujer dedicada á la prostitucion contagia á una ó mas personas, una vez que es denunciada por una persona de crédito, se la detiene é inscribe. Desde entonces se halla condenada á un estado infamante del que no puede salir mas que por la muerte ó el matrimonio, á no ser que una tercer persona consienta en asegurar á esta mujer los medios de subsistencia durante un año y un dia, en cuyo caso se la borra de la lista de prostitutas. En Inglaterra, cuando los muchos casos de contagio obligaron á votar una ley, se tuvo presente la libertad individual y sólo se autorizó la inscripcion de una mujer despues del juicio contradictorio ante un tribunal. Una vez inscripta la mujer queda sujeta á las visitas médicas durante un año y un dia: despues es enviada á su país natal a costa de la administracion. Cuando la hija es menor queda anulada la autoridad paterna, lo que no sucede en Francia.

El Sr. Lagneau pidió que las hijas menores que se entregan á la prostitucion se asimilen á las moralmente abandonadas.

El Sr. Brouardel rogó á la comision reformara el art. IV por ser dificil comprobar el delito de provocacion por el tribunal. Siendo como es necesario que sean largos los debates no podrán juzgarse al año mas de 150 mujeres.

El Sr. Le Fort dijo que la ofensa inferida á la libertad individual, no debe castigarse por medidas administrativas sino por una ley.

Sesion del 14 de Febrero de 1888.

Intoxicacion por la antipirina. — El Sr. Ball leyó, á nombre del Señor Jennings, una nota sobre la intoxicacion por la antipirina, y refirió el caso siguiente: la Señora X. padecia reumatismo nudoso y se la prescribió la antipirina á la dosis de 2 $^1/_2$ gramos durante ocho dias. En esta epoca se presentaron manchas eritematosas en los brazos de la enferma. Al dia siguiente se afectó la cara y no tardó en presentarse una erupcion general acompañada de catarro oculo-nasal. El catarro desapareció en seguida; pero la enferma quedó muy débil, notando sensaciones intermitentes de frio y una gran postracion. El Sr. Jennings cita además los tres siguientes casos publicados en los periódicos extranjeros.

El Dr. Barber dió 1 gramo de antipirina á un enfermo y vió aparecer al dia siguiente un eritema en forma de urticaria.

El Sr. Witchouse administró 50 centigramos de antipirina á un niño. A los dos minutos observó pérdida del conocimiento y urticaria generalizada. La curacion se obtuvo á beneficio de una inyeccion de atropina.

El Dr. Allen Sturge empleó 25 centigramos de antipirina para combatir una jaqueca. A los cinco minutos se presentaron catarro oculo-nasal, tos y sudores profusos seguidos de una erupcion de urticaria.

Dedúcese de todos estos hechos, que la antipirina puede producir inconvenienies graves en la práctica.

El. Dr. G. See dijo que cuando se presentan estos fenómenos, que son mas frecuentes en la mujer que en el hombre, es necesario suspender la administracion del medicamento. No cree que estos eritemas tengan la gravedad que supone el Sr. Ball, porque todo se reduce á algo de fiebre y prurito que desaparece á las cuarenta y ocho horas.

El Sr. Dujardin Beaumetz manifestó ser de la opinion del Sr. See respecto á la inocuidad de las erupciones producidas por la antipirina. Pero cuando este medicamento se emplea durante largo tiempo, como sucede en el reumatismo, puede ocasionar pérdida del apetito y gastralgia. Se han atribuido estos fenómenos á la impureza del medicamento, y para evitarlo se aconseja la administracion por la via hipodérmica, pero este método tiene la desventaja de ser muy doloroso.

El Sr. Ball dijo que el objeto del Sr. Jennings habia sido llamar la atencion sobre algunos fenómenos cerebro espinales que produce la antipirina.

El Sr. See manifestó que al principio de emplearse este medicamento producía menos accidentes, y que éstos deben atribuirse á la pureza de la antipirina.

El Sr. A. Ollivier dijo que el grado de pureza de la antipirina debe influir bastante en la diferencia de efectos producidos por este medicamento. En la corea sus resultados son muy inseguros y no permiten participar del entusiasmo que se tiene respecto á su accion.

Seccion del 14 de Febrero de 1888

Antipirina y acetanilido — El Sr. G. See leyó una carta del Sr. Daremberg, en la que asegura éste haber obtenido excelentes resultados con la antipirina en la tuberculosis y jaqueca. Respecto á los accidentes observados por el Sr. Jennings, cree el Sr See que lo mejor hubiera sido la expectacion en vez de emplear la atropina, que pudo producir fenómenos tóxicos; con la expectacion hubiera curado el enfermo en dos ó tres dias.

El Sr. Laborde leyó una Memoria sobre la accion fi-

siológica de la antipilina y del acetanilido en general. Es necesario ante todo — dijo — atribuir un verdadero valor á la accion irritante local de la antipirina. Los accidentes gástricos é intestinales revelan este hecho. Es, por lo tanto preferible, administrar el medicamento durante las comidas. La accion general de la antipirina se localiza sobre los centros nerviosos especialmente, y se caracteriza por la disminucion de la percepcion sensitiva y de la excitabilidad refleja. La exageracion de estos fenómenos explica los accidentes celebrales y medulares que han podido observarse. Las erupciones dependen, al parecer, de fenómenos vaso-motores, Todos estos fenómenos se observan despues de la administracion de la quinina.

El estado de impureza de la antipirina es un factor que debe tenerse en cuenta.

El estudio experimental y clínico de los nuevos productos que han enriquecido este grupo de medicamentos, incluso entre otros el ácido salicílico y el acetanilido, han demostrado la correlacion fisiológica. Este estudio ha venido á confirmar los datos fundamentales á los que habia ya servido de base la quinina, que es el prototipo de este grupo

El Sr. Hardy dijo haber observado recientemente un eritema escarlatinoso consecutivo á la administracion de la antipirina. Este accidente no es tan ligero como cree el Sr. See. Dura 12 dias. Manifestó obtener con frecuencia buenos resultados con la antipirina, pero en algunas personas produce vómitos, signos de depresion cerebral, etc., todo lo que debe hacer prudente al médico. Respecto al acetanilido, ha visto sobrevenir de repente la muerte á la octava dosis de 1 gramo. El cadáver adquirió en seguida una rigidez extrema.

JUNIO DE 1888.

ANALES
DEL
Círculo Médico Argentino

AÑO XI. — 1888. BUENOS AIRES TOMO XI. — N.º 6

ARTÍCULOS ORIGINALES

CLÍNICA QUIRÚRGICA

Amputacion de la pierna en el tercio superior. Procedimiento de Farabeuf.

Don Basilio Massondo, vasco-francés, de 67 años de edad, de excelente constitucion y de buenos antecedentes de salud, en la noche del 27 de abril de 1888 esperaba, á la altura de Artes, el tramway que baja por la calle de Cuyo. Pretendió subir al coche mientras los caballos marchaban; no acertó á afirmarse bien en el estribo; cayó y una de las ruedas del vehículo, cargado de pasajeros, le cruzó el pié derecho, produciéndole una gravísima lesion.

Despues de practicársele la primera curacion en una Botica inmediata al sitio del accidente, fué conducido al Hospital y de allí á su casa (calle de Venezuela Núm. 1150 antiguo) adonde fué llamado el médico de su familia Dr. Don Joaquin A. de Toledo.

El dia primero de mayo, es decir, cuatro dias despues del accidente, invitado por el Dr. Toledo para examinar el enfermo é intervenir como cirujano en caso necesario, pude constatar lo siguiente: el pié derecho bastante aumentado de volúmen y muy sensible, de ma-

nera que, aparte de percibir con dificultad algunas crepitaciones, solo pude formarme un juicio vago del caso y reservé mi pronóstico y tratamiento para el momento de uno ó mas exámenes ulteriores.

El 3 de mayo, notando gran tirantez en los tejidos blandos del pié, practiqué debridaciones en el dorso y en la planta, respetando los vasos.

Entretanto la pierna correspondiente presentaba, en toda su extension, desde la rodilla hasta cerca de los maleolos, un aspecto y un estado normales.

Resolví esperar, sin embargo de que la amputacion de la pierna se me presentaba al espíritu como una solucion definitiva y única en tiempo no muy lejano.

El enfermo seguia mal; la gangrena de las partes blandas se hacia de dia en dia mas manifiesta y difusa; los tendones iban quedando al descubierto y se podian ya constatar muy bien fracturas metatarsianas y luxaciones con rupturas de ligamientos en la bóveda osteofibrosa del pié. No hubieron hemorragias primitivas ni secundarias, pero la produccion de pus, sin ser excesiva, debilitaba y amenazaba al enfermo el cual, no debemos olvidarlo, contaba 67 años de edad.

La fiebre era moderada, el apetito muy disminuido, el sueño intranquilo, el dolor bastante intenso.

El 11 de mayo, agotados todos los recursos de la cirujia conservadora, resolvimos con el Dr. Toledo la amputacion de la pierna en el tercio superior.

Esta operacion, llevada á cabo por cualquiera de los métodos ordinarios y aún seguida, como en este caso, del mejor éxito, hubiese sido relegada á mi cuaderno de notas clínicas y tal vez yo no hubiese intentado llamar sobre ella la atencion de los competentes lectores de los Anales, por considerarla desprovista de un especial interés clínico y para evitar que la crítica exclamase con justicia; *¡ una amputacion, como otras tantas!*

El procedimiento operatorio empleado da por sí solo, en mi opinion, una alta importancia á este tema teórico-práctico y me decide á someterlo á la ilustrada apreciacion de mis lectores.

No se trataba de terminar inmediatamente bien una amputacion de miembro, operacion que, sin considerarla como de las mas difíciles, no me atreveria tampoco á reputar de las mas fáciles, como algunos dicen y aparentan creerlo. No me preocupaba tanto el resultado operatorio como el resultado consecutivo, sobretodo tratándose de un anciano en quien la resistencia al traumatismo quirúrgico y la energia vital necesaria para una buena cicatrizacion se me presentaban como muy problemáticas.

La operacion era sin embargo la *ultima ratio rerum* y cuando se tiene *la main forcée*, hay que hacer, sobrevenga lo que sobrevenga.

En la mañana del dia designado habíame ya decidido á emplear el procedimiento de Sedillot, á colgajo externo, el cual no conseguia disipar de mi espíritu el temor de la gangrena consecutiva del muñon.

En este estado de ánimo tuve la feliz ocurrencia de consultar el nuevo Tratado de Medicina Operatoria del Profesor Farabeuf quien, para aumento de mi intranquilidad, se expresaba en estos términos al ocuparse de la amputacion de la pierna en el sitio de eleccion:

" Despues de haber visto un buen número de colga-
" jos externos gangrenarse en totalidad ó en parte, he
" arribado á considerar el procedimiento de B. Bell y de
" Sedillot, aún ligeramente mejorado, menos recomendable
" que el método circular. "

Mas adelante agrega: " Considero la transfixion tan
" desastrosa como fácil. Guyon, Duplay, Tillaux, etc., han
" renunciado definitivamente á cortar así los colgajos. "

No detallaré en que consiste el procedimiento de Farabeuf [1]; él está al alcance de todos los que quieran consultar su obra. Básteme decir que se me impuso como evidentemente superior al de Sedillot que pensaba seguir y con el cual Dios sabe el resultado que hubiese obtenido.

Lo sustancial de la diferencia entre los dos métodos está en lo siguiente: la irrigacion nutritiva de los tejidos que forman el colgajo externo es hecha por la arteria tibial anterior y sus colaterales que emergen de ella casi perpendicularmente y en diferentes sentidos. Ahora bien, en el procedimiento de Sedillot, por transfixion, de dentro afuera, el cuchillo, al formar el colgajo, independiza necesariamente de él á la arteria tibial anterior, por estar ésta profundamente situada en contacto con el ligamento interóseo, quedando así dicho colgajo en pésimas condiciones de vitalidad. En el procedimiento de Farabeuf, por diseccion, de fuera adentro, se llega paso á paso hasta la arteria tibial anterior y se la secciona *conscientemente* en la circunferencia del colgajo, dejándola así una longitud máxima en armonia con la vitalidad del mismo, lo cual, en términos generales, ofrece una mayor garantia contra la gangrena del muñon.

Estas consideraciones excluian toda vacilacion y el procedimiento de Sedillot, indudablemente mas fácil de realizar, me pareció detestable al lado del de Farabeuf tan racional, tan anatomo-fisiológico, tan correctamente científico.

---

(1) Denomino "de Farabeuf" á este procedimiento por describirlo este autor en su obra sin decir que pertenezca á otro.

Por su parte Tillaux en su importante obra de "Anatomía Topográfica con aplicaciones á la Cirugía" al ocuparse de la amputacion de la pierna en el tercio superior dice: "Si se optase por el colgajo externo, convendría (fundándose en las mismas razones que Farabeuf) cortarlo no por transfixion, sino de fuera adentro, teniendo gran cuidado de llegar hasta el ligamento interóseo.

¡Cuánto recordé, con este motivo, el anfiteatro de Clamart, adonde hubiese deseado poder volar, siquiera por un cuarto de hora, para ensayar este procedimiento para mí completamente nuevo; el anfiteatro de Clamart, en donde el mismo Tillaux, consumado anatomista y notable clínico, hace muchas veces sus experiencias cadavéricas antes de proceder á operar en el vivo!

¡Cuánta falta hacen en Buenos Aires estas verdaderas *bibliotecas quirúrgicas* (los anfiteatros) adonde, como en Europa, puedan ir todos, estudiantes y médicos, á refrescar sus nociones anatómicas y á ensayar procedimientos operatorios! Cuando tengamos siquiera algo de parecido, habrán ganado mucho los enfermos y la Cirugia Nacional se hallará colocada en la via de un progreso rápido.

Perdóneseme esta digresion aunque más no sea tomándoseme en cuenta los conflictos que experimenté al verme forzado á practicar, por primera vez y en el vivo, una operacion de cierta importancia.

El 15 de mayo á las 4 p. m. cloroformado el enfermo, dí principio á la amputacion por el procedimiento de Farabeuf, asistido de los Dres. Toledo y Valdez, quedando esta terminada con el mejor éxito operatorio á las 6 p. m.

Omitiendo detalles diré someramente que, con excepcion del *spray* (2), fué empleado el método antiséptico de Lister en todo su rigor; la venda de Esmarch; ligaduras perdidas con *cat-gut* fenicado de las arterias tibial anterior y tronco tibio-peroneo; torcidas las demás arteriolas; disecado y resecado, en la extension de cuatro

(2) El mismo Lister ha abandonado el uso del *spray* que sin embargo muchos de sus prosélitos continuan aún empleando. En algunas operaciones que le ví practicar en King's College Hospital en el año 1887 no usó el *spray*. Interrogado al respecto por un médico Norteamericano, contestóle Lister que hacía algun tiempo lo habia suprimido en sus operaciones por considerarlo sin importancia.

centímetros, el nervio tibial anterior compañero de la arteria del mismo nombre.

El peroné fué aserrado primero y oblicuamente, de arriba abajo y de fuera adentro; en seguida la tibia, perpendicularmente á su gran eje, en los dos tercios de su diámetro y completada la seccion del tercio interno en forma de bisel.

La arteria tibial anterior fué ligada naturalmente en su extremidad cortada y ¡era hermoso, despues de la ligadura y de la supresíon de la venda de Esmarch, ver al colgajo moviéndose isocronamente con los latidos de la arteria y sus colaterales, acusando todo él de este modo su vitalidad!

Otro punto importante: al practicar el afrontamiento de las superficies seccionadas, tuve buen cuidado de que la porcion de arteria tibial comprendida en el colgajo quedase situada en el espacio interóseo, recostada más bien sobre el borde del ligamento que sobre la superficie ed seccion de la tibia.

Practiqué por fin la sutura con crin de Florencia y coloqué un pequeño tubo de drenaje en la extremidad posterior de dicha sutura.

Curacion de Lister.

La marcha del operado fué excelente. Ningun accidente consecutivo. Cicatrizacion por primera intencion en casi la totalidad de la herida.

Dado de alta el 10 de Junio, el 23 del mismo mes fué tomada su fotografía, la que ha sido reproducida en la lámina fototípica adjunta.

De ella se puede deducir el excelente aspecto de salud general del operado así como el buen estado del muñon.

Dr. L. C. Maglioni.

Buenos Aires, Julio 25 de 1888.

Amputacion de la pierna en el tercio superior
Procedimiento de Farabeuf

EL TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA POR MEDIO DE BICLORURO DE MERCURIO

La difteria es una de esas enfermedades para el tratamiento de las cuales se han propuesto infinidad de remedios. Por lo general, es muy dificil juzgar de la eficacia de estos diferentes tratamientos, por el hecho de que las epidemias de difteria, como las de otras enfermedades infecciosas, difieren en la intensidad de su malignidad. Un médico puede decir con toda sinceridad que con un cierto tratamiento especial ha obtenido resultados extraordinarios, y la explicación está en que se trataba de una epidemia benigna, en lo cual los mismos resultados se hubiesen obtenido por cualquier otro tratamiento. Para tener una base de comparación entre diferentes tratamientos es necesario que éstos se hayan puesto en practica en una misma epidemia, y que esta epidemia no haya sido de carácter benigno. Así mismo esta comparacion está expuesta á ser interpretada erroneamente, porqué un tratamiento puede haberse efectuado entre pacientes cuyas condiciones anti-higienicas les era sumamente adversas, y el otro en condiciones completamente opuestas.

Teniendo así presentes las dificultades que existen para la comparacion de diferentes tratamientos, me atreveré á decir cuál ha sido mi experencia en el tratamiento de la difteria por medio de bicloruro de mercurio.

Desde que hace tres años comenzé á usar este remedio en la difteria, no he perdido mas que un solo paciente, y éste era una niña á quien yo vi por la primera vez varios dias despues que había caido enferma, y cuando el médico que la asistía la había desauciado. Esta niña murió dentro de las veinte y cuatro horas despues

que yo la vi. Por estas circunstancias creo que este caso no puede ser considerado como verdaderamente sometido al tratamiento que he indicado.

Yo no pretendo por un instante que el tratamiento por medio del percloruro de mercurio curar á todos los casos de difteria. El número de casos que yo he asistido ha sido limitado, y he tenido la buena fortuna de asistir á pacientes que se encontraban en buenas condiciones higiénicas; pero tambien declaro que he asistido á casos de mucha gravedad, y que la mayor parte han sido criaturas. Tampoco pretendo que este tratamiento sea invencion mia; otros lo han practicado antes. Pero los resultados que he obtenido han sido tan uniformemente satisfactorios que he creido un deber hacerlos públicos.

Uno de los primeros casos que traté por el percloruro de mercurio me causó una profunda impresion, por el modo evidente en que la eficacia de este tratamiento fué demostrado. Una criatura de seis años tenía las fauces cubiertas de membranas diftéricas. Yo la administré, como medicamento interno, el percloruro de mercurio, la tintura de codio y el clorato de potasa; y como medicación local, la insuflación de codoform. En tres dias la garganta estaba limpia, pero la criatura se encontró tan débil y tan pálida, que yo quedé indeciso si se trataba de una intoxicacion de la difteria ó una intoxicacion del mercurio. Suspendí el mercurio, continuando con los otros medicamentos. En veinte y cuatro horas la garganta se llenó otra vez de membranas diftéricas. El caso es urgente. Recurrí otra vez al percloruro de mercurio, y otra vez desaparecieron las membranas diftéricas. La criatura se mejoró y hoy se encuentra perfectamente bien. Aquí estaba plenamente probado que el percloruro de mercurio era un eficaz antídoto contra el vereno diftérico. Desde entonces he empleado este

remedio en todos los casos de difteria que he asistido, y cada vez estoy más satisfecho de su eficacia.

Una palabra en conclusion sobre el modo en que administro el percloruro de mercuro. Yo uso siempre el licor de «Van Swieten» por le sencillez de su administracion. Una dracma es la dosis para un adulto. Como la dracma contiene sesenta gotas, es fácil deducir la cantidad que se debe dar á cada criatura. Yo generalmente doy cinco gotas cada tres horas á una criatura de un año, seis gotas á una de dos años, y siete á una de tres años. Al mismo tiempo administro pequeñas cantidades de tintura de hierro y de clorato de potasa, con un poco de alcohol de menta. Este último medicamento á mas de impartir un gusto agradable á la pocion, es hoy considerado como un poderoso jermicida. Como aplicacion local uso la «Chinolina», en la siguiente formula: «Solución de Chinolina 5 por ciento en iguales partes de agua y de alcohol. Con una hisopo bien empapado en esta solucion les doy una nneva aplicacion á las llagas. La Chinolina es un poderoso germicida, y sin tener una accion cáustica ayuda mucho á desprender las membranas diftéricas. Hay médicos en Buenos Aires que atribuyen á la Chinolina la solución de seguros casos desesperados de difteria. Sin poder corroborar esto, puedo sin embargo afirmar que como aplicacion local la solucion de Chinolina es lo que me ha dado los mejores resultados.

DR. DIEGO F. R. DAVISON

REVISTA EXTRANJERA

Consecuencias del tratamiento por la traqueotomía del Dr. Roser. — Sobre 47 diftéricos traqueotomizados en el espacio de los tres últimos años en la clínica quirúrgica de Marburg, la cifra de los casos de curacion se ha elevado á 53 por ciento. Esos resultados favorables serían obtenidos, según el autor, por el empleo de una cánula provista de un tapon iodoformado.

Se sabe que el proceso diftérico no procede á saltos, sino se extiende al contrario de trecho en trecho, por ejemplo como la erisipela. El autor admite que el tapon iodoformado que se introduce en la traquea con la cánula, constituye una barrera que la inflamacion diftérica, partida del larinx no llega á franquearla.

He aquí como ha procedido para la preparacion de esta cánula. Se rodea una cánula ordinaria de plata de una bandeleta de muselina, larga de 10 centímetros y ancha de 2 centímetros y sumergida previamente en una solucion de sublimato. Esto hecho, la bandeleta, todavia mojada, es vivamente frotada con polvos de iodoformo. Este forma, á medida que la bandeleta se seca, una costra más ó menos espesa adhiriéndose sólidamente á la cánula. Despues de su introducción en la traquea, la muselina se hincha de nuevo y constituye entonces un tapon antiséptico que se opone á la invasion de las regiones subyacentes por el proceso infeccioso.

Importa que la cánula, provista de su tapon, obture exactamente la luz de la traquea. Su calibre será pues diferente segun la edad de los enfermes. Para los niños de edad de 1 á 2 años, la cánula deberá tener un espesor de 5 á 6 milím.; para los de 7 años de 8 á 9 milím. La cánula será dejada en la traquea durante dos días, al cabo de este tiempo se le reemplazará por una cánula

en que la envoltura será fresca y que se dejará permanente durante cinco días.

Las ventajas de esta cánula serían de no producir gangrena, de proteger contra las hemorragias de la traquea, y en la traquea, de impedir la formacion de las granulaciones traqueales, de oponerse á la necrosis de de los cartílagos y en fin de impedir que los despojos alimenticios, sobretedo en los casos de paralisis de los músculos del larinx caigan en las vías respiratorias.

Cuando las falsas membranas diftéricas han invadido la traquea, las tentativas de desobstrucción de este órgano, que son hechos con un cateter elástico, no tienen á menudo por resultado sino introducir más profundamente todavía los cuerpos extraños. El autor propone en estos casos de reemplazar la sonda ordinaria por un pequeño instrumento ideado por su padre.

Este consiste esencialmente en una buquia uretral blanda muy flexible, en que la extremidad inferior está provista de un pequeño anillo qne tiene de 5 á 6 milím. de diámetro.

Segun M. Roser, este instrumento puede ser introducido sin dificultad hasta en los gruesos bronquios y al extraerla, apoyando el anillo á voluntad contra una ú otra pared, se llega fácilmente á desprender y llevar al exterior masas fibrinosasas considerables.

No es sino en casos excepcionales que el autor emplea, para obstruir bronquios de pequeño calibre, la jeringa aspiratriz colocada sobre una sonda acodada.

El tiene siempre la precaucion de vertir previamente en la traquea 10 á 20 gotas de una solución de sublimado. *(Deutsehe med., Wochenschrift et Rev. des mal. de l'Enfance)*

Microbios y Tenias. — Las doctrinas pastorianas han establecido que los agentes físico-químico no ejercen sino una accion distructiva secundaria sobre las materias

organizadas y que el retorno de esas materias á la forma mineral, era llevada á cabo, sobre todo, por el concurso de una multitud de pequeños organismos, tales como fermentos, microbios; ...

Que para asegurar el rol de esos minúsculos agentes, la naturaleza ha esparcido los gérmenes en la atmósfera que nos rodea;

Que unos gérmenes en virtud de su densidad se depositan sin cesar en la superficie del suelo ó de los múltiples objetos que le avecinan;

Que su número varía sobre los diferentes puntos de la tierra, que ellos son innumerables en los lugares habitados, tales como los llanos; pero raros sobre los flancos de las montañas y tanto mas que los puntos observados son mas elevados. A esas alturas, en efecto, el aire es fácilmente renovado por las corrientes y minuciosamente limpiado de los cuerpos en suspension por las caidas de la nieve.

Es seguramente á esta circunstancia que se debe haber comprobado que las fermentaciones son en general perezosas en las regiones montañosas y que la fermentacion pútrida, entre otras, respeta allí mas largo tiempo las materias animales que en otro sitio. Cuando á esas diversas causas viene á unirse el concurso de un frio seco, que es eminentemente propio á paralizar la pululación de los fermentos, se concibe que la conservacion de los alimentos de naturaleza animal es de las mas fáciles á una cierta altura y no exige ninguno de los tratamientos culinarios preventivos indispensables en las planicies.

Así en las ciudades y granjas de ciertas regiones montañosas de los Pirineos, conténtase, para conservar las diferentes partes de un puerco de pimentar la superficie (con el fin se dice, de alejar las moscas) y de exponerlas durante varios meses en pleno aire. Como las carnicerías de puercos se hacen generalmente en la época de

los fríos secos en Enero y Febrero, las piezas de tocino se encuentran expontáneamente desecadas cuando llegan los calores y suficientemente cubiertas de coraza para doblar el cabo de la canicula, sin intervencion do ningun antiséptico.

En este género de preparacion la carne del puerco adquiere otras propiedades que bajo la influencia de la salmuera; ella queda mas tierna, de digestion mas fácil, tambien es mas buscada por cierta clase de aficcionados. Al decir de ciertos acostumbrados á las estaciones termales, muchos jamones exóticos con la etiqueta apetitosa, serían humildemente originarios de los Pirineos; y para mostrar bien que tenemos entre nosotros tan buenos productos como los del otro lado del Atlántico, estos llevan cada año para su uso mas de una faina de puerco desecada.

En cuanto á los indígenas ellos no consumen naturalmente otras. En el entender de ellos el buen puerco es tanto el enemigo de la sal como del fuego; así, lo mas á menudo, por espíritu á la vez de economía y de inercia, consumen ellos, sin sal, sin cocción las provisiones de carnes que ellos han puesto á secar durante el invierno.

La consecuencia de este sistema de alimentación se concibe bien pronto; un día ó el otro engendrá la tenia; así la poblacion de esas comarcas se encuentra atacada. Es así como los habitantes de los altos suelos del Ariega me han afirmado que en ciertos cantones mas de la tercera parte de las getens del país tienen vermes; que era de notoriedad pública que muchas personas eran atacadas, las unas despues de treinta años, las otras despues de veinte.

Esas revelaciones son hechas con una tal frescura, y sus autores afirman con un tal cemento de verdad que ellos no sufren ningun inconveniente de esta cohabi-

tacion, que se llega á creer que con los años (y quizá aun los sigios) ha debido producirse una verdadera seleccion de donde ha nacido la tolerancia recíproca que existe entre los vermes y sus huéspedes. Así buscan á contrariarse los unos con los otros.

En otoño, los cazadores de cabras, consienten en deshacerse de sus parásitos, cuya presencia en el intestino produce algunas veces vértigos. En este momento el amor de la caza es superior al del cestoideo y ellos prefieren perder una tenia antes que de exponerse á rodar por un precipicio persiguiendo la caza. Pero si no es cazador lo pasa mas alegre con su tenia. Si por ventura la bestia sube á la garganta y hace esas titilaciones se le envia una ducha de agua salada, de agua avinagrada, de aguardiente de genziana ó aun un poco de pulpa de ajos y ella entra inmediatamente en sus cantones. Si en una otra circunstancia, bajo la influencia de esfuerzos abdominales, lanza por una otra via algunos decímetros de cucurbitino con la ayuda de los medios los más primitivos, se hace la sección de este pedazo que estorba y se tira lejos con desprecio. Pues no lo olvidemos, en esas regiones serenas se teme el aire confinado de los gabinetes y en lugar de las pantallas púdicas de nuestras ciudades se contentan de los simples matorrales.

¿Será para asegurar inconcientemente las conservacion de las tenias que nuestros campesinos obran así? Ciertamente se está tentado de creerlo cuando se conoce la génesis de los cistoidos y la resistencia que ofrece á los agentes atmosféricos la vitalidad de los cocurbitinos. Tarde ó temprano, en efecto, algun campesino de San Antonio (y ellos son numerosos en el país) ha tenido la dicha de saber aquello que los humanos van cuotidianamente hacer en sus escondrijos, y como toda carne es buena á su glotonería, él se apodera pronto de este despojo

acintanado que su amo, recientemente, había rechazado con disgusto.

En este momento la regeneracion del tenia es cierta, pues de esos cocurbitinus van á nacer los cisticercos que el hombre encontrará intactos mas tarde, cuando él comerá su puerco simplemente disecado al aire puro del pais.

He aquí como la pobreza de los microbios en la montaña hace fácil en esas regiones la conservacion de la carne del puerco y augura la endemia de tenias de cohabitacion benigna.

Tememos mucho que nuestras cadenas de los Pirineos no tengan este solo privilegio y nos inclinamos á creer que cuando un turista se sorprenderá con cocurbitinus él no podrá dejar de pensar en el jamon de montaña.

(P. CHARLES — *Journal d'Hygiene.)*

Tratamiento de las quemaduras por el jarabe de azúcar. — Esta medicacion es muy simple y ha dado á M. Jacques Bey los resultados mas felices. Se conoce las virtudes anticepticas del azúcar y nuestro distinguido colega la utiliza por medio de piezas de muselina embebidas de jarabe de azúcar y aplicada en la superficie de la herida. Una capa de algodon y un vendaje contentivo completan la curacion.

Se puede simplificar todavia recubriendo ditectamente la quemadura con algodon humedecido con jarabe de azúcar. En la práctica de M. Jacques Bey y en aquella de sus sabios colegas, Rifaty Miviachi, los resultados obtenidos han sido superiores á aquellos que los otros tópicos procurarían Una de las condiciones de suceso es de emplear jarabe de azúcar recientemente preparado y cuidadosamente filtrado para realizar una antisepsia completa del medicamento.

(Revista general de clinica y tarapeutica)

Sociedad de Biologia. — (Sesion del 15 Octubre de 1887). — A propósito de una comunicacion del Sr. La. borde sobre un nuevo medicamento contra gota, el Sr. Brown Séquard dijo:

«El remedio tan conocido de Laville ha logrado resultados á veces maravillosos en la gota. Como ejemplo citaré el hecho siguiente que se ha pasado bajo mis ojos.

El Sr. Fleury, antiguo agregado de la facultad el autor de trabajos de hidroterápia — fué tomado por un ataque de parálisis completa, del costado derecho, con anestesia y afasia. Habiendo sentido la víspera algunos síntomas precursores, había recomendado, en el caso de no poder ni hablar ni escribir, que le dieran una fuerte dosis de Licor Laville, siempre que yo no viera ningun inconveniente.

Consentí y 2 horas despues, todos los sintomos paralíticos habian desaparecidos. Este hecho y muchos otros, prueban que existen diferencias enormes é inexiplicadas en la accion de los medicamentos según las personas. *(Bulletin Medical)*

BIBLIOGRAFIA

La Digital.

Acabamos de recibir un hermoso libro, encuadernado á la rústica, que, con el título de «Cuándo y cómo debe prescribirse la digital», ha publicado el conocido clínico del Hospital Bichat (Paris) Dr. Henri Huchard.

Es un estudio eminentemente práctico del uso terapéutico de la digital; su acción fisiológica la trata muy ligeramente, pero el capítulo verdaderamente notable es el titulado: «Cuándo debe prescribirse la digital?» en él emite con precisión y claridad sus opiniones y discute con recto criterio las de otros médicos que no están conformes con su manera de ver y apreciar.

Diágnostico y Terapéutica por los síntomas que mas amenazan la vida.

Ha llegado al C. M. A. la 2ª edicion de la importate obra del Dr. Luis Blan, traducida al español por el Dr. José Madero.

Basta leer el título de este libro para darse cuenta de su importancia y de lo original del trabajo. Esta segunda edicion, depurada de algunos defectos que contenía la anterior, viene retocada en casi todos sus capítulos y bastante aumentada; al revisarla el autor he querido sobre todo ponerla de acuerdo con los adelantos y principios de la Medicina actual,

La version castellana ha sido publicada por la «Biblioteca económica de la Revista de Medicina y Cirugía» (Madrid — 1888)

Las grandes medicaciones.

La biblioteca del C. M. A. ha recibido de la «Libreria editorial del Dr. C. Bailly-Bailleere» (Madrid) el libro

que, con el título que encabezamos estas líneas, ha publicado el profesor G. Hayem, de la Facultad de medicina de París.

Este interesante libro ha sido vertido al español por el Dr. Francisco Garcia Molina, y constituye un tomo, en 8.º á la rústica.

NOTICIAS

La Revista Médico Quirúrgica aplaude el proceder del Círculo en la medida tomada contra el charlatanismo profesional.

« El Circulo Médico Argentino en su última reunion ha adoptado una resolucion digna del mayor aplauso, que damos á conocer en seguida.

La única asociacion que existe actualmente en nuestro país, tenia el deber de condenar las prácticas perjudiciales del charlatanismo vergonzoso que nos invade, como son las publicaciones continuadas en la prensa diaria sobre operaciones y casos de medicina en general.

En efecto, el Código de Ética Médica adoptado por la Asociacion Médica Americana, dice en el párrafo tercero del capitulo primero lo siguiente :

« Es envilecer la dignidad de la profesion, servirse de anuncios públicos, carteles ó billetes (*hand bills*) llamando la atencion de los individuos afectados de ciertos padecimientos, ofreciendo públicamente consultas y remedios gratis á los pobres ó prometiendo curaciones radicales, ó dar publicidad á los casos y operaciones por la prensa diaria, ó consentir que se hagan tales publicaciones; invitar á hombres incompetentes á asistir á las operaciones; vanagloriarse de curaciones y de remedios; presentar certificados de pericia y de buenos resultados ó llevar á cabo actos semejantes.

« Son estas las prácticas ordinarias de los charlatanes, y son altamente reprochables en un verdadero médico. »

Como se ve, el Círculo Médico Argentino ha seguido el ejemplo de la Asociacion Americana que ocupa un alto rango en los Estados Unidos.

Por su parte, la Revista, que tanto ha perseguido el charlatanismo profesional, en un periodo de mas de doce años, se felicita de la resolucion del Círculo, aun cuando pocos ó ningunos sean los resultados que alcanze en la parte desmoralizada de la clase médica.

Hé aqui la protesta:

El Circulo Médico Argentino, resuelve:

Art. 1.º Declarar perjudicial á los intereses científicos del país y á la dignidad profesional las publicaciones que no lleven la garantia de la firma de una persona autorizada en las ciencias médicas.

Art. 2.º Autorízase al Presidente del Círculo Médico Argentino, para comunicar esta resolucion á todos los directores de diarios de la República.

Cumpliendo el encargo de la Comision, y creyendo innecesario encarecer al señor Director la utilidad de esta medida que viene á llenar una necesidad hace ya tiempo sentida, me es grato saludarlo con las seguridades de mi consideracion mas distinguida. — ANTONIO C. GANDOLFO, Presidente. — *Ignacio J. Firmat, F. Alvares,* Secretarios. »

Socios nuevos. — Han ingresado como socios activos del Círculo los Señores J. V. Silva, J. M. Palacios, Lorenzo D. Ponce de Leon, Dr. F. Celada, F. L. Correa, E. Castilla, Z. Aguilar, C. Bétiga, O. Wernicke, F. A. Justo, F. Laviota, Dr. L. C. Maglioni. Ricardo Corradi, Pedro Rodriguez, Narciso Gardizabal.

Resolución de la Comisión Directiva. — En sus últimas sesiones ha convenido en suprimir los centavos

que tenían que pagar los enfermos por no dar ningún resultado y favorecer así la afluencia de los enfermos.

Además, solicitará del señor Intendente que las recetas dadas en el Círculo Médico sean despachadas en los Hospitales Municipales.

A moción de uno de sus miembros ha resuelto reunirse semanalmente.

Julio de 1888

ANALES

DEL

Círculo Médico Argentino

AÑO XI—1888 BUENOS AIRES TOMO XI N. 7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Hospital de Clínicas

Un caso de blefaroplastia en mosaico de Wecker

N. N. de 25 años de edad, se presentó á la Clínica Oftalmológica del Hospital de Clínicas el 13 de Julio, refiriéndonos la historia siguiente:

El 23 de Diciembre de 1880, despues de una suculenta comida, se sintió mal, viéndose en la necesidad de recostarse el codo sobre un mesa y la cabeza apoyada en la mano; ella ignora lo que pasó, dice no haber sentido nada; recobrando sus sentidos próximamente á las 10 1/2 p. m., es decir, hora y media despues de su comida, llevóse la mano á la cara, apercibiéndose solamente entonces de una sensacion particular que le llamó la atencion y de que se dió pronto cuenta viendo á su alrededor los restos de un pañuelo de cabeza que estaba á su lado incompletamente quemado y quemado indudablemente por la vela que ardia á su lado.

Nos llamó mucho la atencion este caso de una quemadura de media cara sin que la paciente se diese cuenta del hecho, pero por mas que hicimos por dar con una esplicacion

no la hallamos y por mas que rebuscamos en los datos que esta nos suministraba no la hallamos tampoco.

La retraccion cicatricial consecutiva á esta estensa quemadura fué enorme, quedando completamente á descubierto las dos conjuntivas palpebrales, los bordes ciliares estaban, el uno por encima del reborde orbitrario y el otro al nivel horizontal del ala de la nariz, dejando completamente á descubierto el globo ocular en perfecto estado.

Incitada la enferma á ser operada, por un médico italiano que le recomendó la clínica de Milan como punto mas apropósito para su operacion, se dirige allí de donde vuelve, despues dé haber sufrido dos operaciones que la dejaron, sino en peores condiciones, por lo menos no hicieron sino hacer sufrir inutilmente á la enferma pues no reportó de ellas ni el mas mínimo beneficio.

Examinemos á la enferma y veremos que los dos bordes ciliares estan enormemente separados, ya lo hemos dicho, uno el superior está sobre la region superciliar, el otro el inferior está por debajo del borde inferior del malar; la conjuntiva de ambos párpados enormemente hipertrofiada, sobretodo la del párpado superior y que gracias á esta hipertrofia contribuye algo á proteger el ojo que se encuentrá por detrás; esa gran superficie roja en una cara, mas de cuya mitad es una estensa cicatriz ofrece á la verdad un aspecto verdaderamente repugnante.

Dada la considerable retraccion cicatricial con que se presentaba esta mujer era impósible, en primer lugar, pensar en cualquiera de los numerosos procedimientos comunes de blefaroplastia de que tan rica es la cirugia ocular, especialidad la mas fecunda en métodos operatorios; no podia pensarse tampoco en la anaplastia por transposicìon ó autoplastia ya sea por el métodò francés ó por el indiano pues los dos exigen el tomar el cogajo en la proximidad de las pérdidas de sustancias, lo que no podia hacerse porque no se disponia sino de tejido cicatricial. El método italiano ofrece demasiados

inconvenientes para que en operaciones de esta naturaleza deba recordárselo y es con razon que hoy está casi enteramente abandonado.

El ingerto cutáneo ó dérmico de M. Leon Lefort á quien Wecker debe su procedimiento de blefaroplastia se presentaba pues como una necesidad en este caso.

Vemos perfectamente que las condiciones en que se encontraba nuestra enferma no habia donde elegir, habia que operar á todo trance y por lo menos diese ó no diese resultado satisfactorio el ingerto en mosaico de Wecker, habriase conseguido siquiera con la tarsorrafia (uno de los tiempos de la operacion) un beneficio evidente, evitando á la enferma los peligros consiguientes á un ojo que se encuentra sin proteccion, expuesto á todas las influencias exteriores, pudiéndose, entonces como dice el Dr. Masselon, emprenderse con toda tranquilidad de espíritu la restauracion de los párpados.

Establecidas pues las indicaciones de la operacion, procedió el Dr. Lagleize el 29 de Julio á la operacion en presencia del Dr. Aguirre y de varios estudiantes; cloroformada la enferma se incendió la piel á 1 ó 2 milímetros próximamente del borde ciliar de ambos párpados (Wecker quiere que la seccion corresponda á uno ó dos centímetros del borde ciliar, lo que no debia hacerse aqui pues no teníamos á nuestra disposicion sino tejido cicratricial), se disecó en seguida minuciosamente las partes limitadas de esta manera, hasta que fuese posible el contacto, invirtiéndose los corgajos asi obtenidos, de los dos bordes ciliares. Esta primera parte de la operacion obtenida, se procedió á la segunda, es decir, á la tarsorrafia, invertiéndose con ventaja en este caso los tiempos de Wecker que quiere que se comienze por avivar en toda su estencion el borde ciliar y luego proceder á la diseccion de los colgajos y digo con ventaja, pues procediendo como lo hizo el Dr. Lagleize se está seguro de la verdadera estension que debe darse al avivamiento ciliar. Avivados los bordes se pa-

saron cinco sutura metálicas que adaptaron perfectamente los dos bordes ciliares.

Ejecutada la tarsorrafia se nos presentaban dos estensas superficies que debian ser llenadas por el mosaico de Wecker. Lavado perfectamente el antebrazo izquierdo de la mujer con jabon y una solucion de bicloruro se hicieron dos incisiones lonjitudinales, en su cara anterior, de unos doce centímetros que se reunian en sus extremos, limitándose de esta manera un estenso colgajo de piel que bebia suministrarnos la que nos hacia falta. Bien disecada, es decir perfectamente separada del tejido célulo-adiposo subcutáneo, se dividió en 22 colgajitos que iban siendo inmediatamente aplicados á la superficie cruenta, despues de haberse hecho una hemostasia lo mas perfecta posible; cubierto el párpado superior con la piel del atebrazo y bien justapuestos los colgajos ofrecía verdaderamente un lindo aspecto ese empedrado. Faltaba aun, el párpado inferior: por no tener una pérdida de piel mui considerable del antebrazo, se resolvió tomarla del brazo, disecándose sobre el biceps un colgajo análogo al anterior y se procedió de la misma manera (19 colgajos) que para el párpado superior.

Hasta aqui todo iba perfectamente bien, la sangre no habia molestado, pero ya fuese porque la enferma no estuviese completamente en ayunas ó por otra causa, sobrevienen esfuerzos de vomitos que interrumpen la hemostasia y la sangre escorriéndose por debajo y entre los colgajos dérmicos recientemente colocados, nos desarregla completamente nuestro empedrado; esprimida la sangre con una esponja, se volvió á colocar nuevamente lo mejor que se pudo y lo mas pronto posible, cada pedacito de piel en su sifio, sosteniéndose el todo por un vendaje contentivo, habiéndose colocado en contacto de la herida un pedazo de protectivo cubierto en una de sus caras por una ligera capa de vaselina boratada al 40 por 100.

Reunidos los labios de las dos heridas hechas en el miem-

bro superior por suturas entortilladas y colocado un vendaje apropiado se puso á la enferma en una cama recomendándole el reposo absoluto, reposo unicamente interrumpido por los esfuerzos de vómitos que se repitieron varias veces durante el dia, lo que nos hizo temer por la coaptacion de nuestros fragmentos cutáneos, pero sin embargo confiados en la seguridad de nuestro vendaje contentivo, resolvimos no tocar á la curacion hasta el dia siguiente, separándonos en esto de lo aconsejado por Wecker que dice que la curacion debe ser renovada por lo menos tres veces por dia.

Al descubrir la herida el dia siguiente no encontramos sino uno ó dos colgajos que por su coloracion, hiciesen temer su necroris, por lo demás se limpió perfectamente toda la superficie de la sangre que se habia derramado y se volvió á colocar la misma curacion.

Esta curacion fué renovada diariamente hasta el 19 de Agosto, en que ya se dejó á la enferma completamente libre, cubierta solamente con una pañueleta. No se ha tenido que lamentar ningun incidente desfavorable, muy por el contrario, todos los colgajos adhirieron perfectamente, siendo solamente necesario limpiar muy bien, toda la superficie de la ligera capa de supuracion que apareció á los pocos dias de la operacion y que por lo demás desapareció completamente, haciéndose una curacion iodoformada durante tres ó cuatro dias.

Cortadas las suturas metálicas, se deja á la enferma hasta el 22 de Agosto en que se procedió á librar á ambos párpados que entreabriéndose ligeramente dejan ver detrás al globo ocular perfectamente bien. Wecker dice que no se podrá sin imprudencia separar los párpados sino despues de meses sin temer el verse reproducir en parte el ectropion; es posible que asi sea cuando los tejidos próximos puedan hacer uso de su retractilidad, pero aquí no tenemos sino un tejido cicatricial y tan poco retractil que se pudo sin temor y sin imprudencai desprender los bordes palpebrales, tan poco solicitados á la eversion.

Se recordará que el párpado izquierdo fué reconstituido por la piel del antebrazo, mientras que el inferior lo fué por la del brazo y como cónsecuencia del espesor diferente de esta en estos dos sitios, el párpado inferior ha quedado mas rugoso, mas consistente y menos hermoso que el superior, razon por la cual deberá aconsejarse el que se tome piel de las partes donde esta sea mas delgada. La sensibilidad de las partes ingertadas es magnífica, el menor contacto es acusado por la enferma y la exploracion por medio de un alfiler nos muestra solamente una pequeña diminucion, con relacion á las partes vecinas, de la sensacion de dolor, dependiente ùnicamente del espesor mayor de la piel de esta nueva superficie.

Hasta la fecha los peligros de la reproduccion del ectropion no se han presentado; los párpados conservan pefectamente su posicion y si bien bastantes gruèsos, gracias en su mayor parte, à la hipertrofia de la mucosa palpebral, hemos podido comprobar su tendencia á la disminucion, debido sin duda á la nueva posicion de la mucosa protejida ahora como lo está por los párpados. Indudablemente, aun no tienen, ni será quizá posible que estos vuelvan á adquir su mobilidad de antes, pero, si creo que la tendrán suficientemente para que la enferma pueda servirse de su ojo, no temer diariamente por él como antes, espuesto como estaba á graves accidentes y por lo demás y eso no es poco, esta operacion que segun creo es la primera vez que es ejecutada en Buenos Aires, habrá contribuido en gran manera á mejorar mucho el aspecto de la enferma.

T. A. Moret.

Un caso de aneurisma

De la Poplitea y de la Aorta Abdominal

El enfermo que ocupaba la cama N°. 5 de la sala 1ª llamado Victorio Caeroli de 47 años. Italiano: casado, de profecion carpintero; temperamento mixto y de constitucion regular entró á este Hopital solicitando los socorros de la cirugia por un tumor que tenia en la reglon poplitea derecha el dia 17 de Junio de 1888.

Traté de buscar antecedentes de familia y no encontré nada que me llamara la atencion; pero, en los individuales hallé que era alcoholista, reumático, que desde hace algunos meses á esta parte se habia puesto muy delgado y que el apetito decrecia paulatinamente y además que desde hace próximamente un año siente un dolor en la region epigastrica dolor que á veces se propaga á la parte inferior y posterior del torax, hace mal las digestiones, y la constipacion se alterna con la diarrea pero prevaleciendo generalmente la primera. Con estos datos que me llamaron seriamente la atencion pasamos á examinar el torax y abdomen. Por la inspeccion se veia que la parte media del epigastrio se elevaba y descendia de una manera regular y era isócrona con el pulso arterial, no habia por lo demás cambio de coloracion de la piel; por la palpacion se notaba un tumor pulsátil, reductible, circunscrito, del tamaño de un huevo de gallina que latia en el trayecto de la aorta abdominal; puesto el estetóscopo encima del tumor, le imprimia movimientos de vaiven muy apreciables, y por la auscultacion se notaba un soplo claro, neto, perfectamente puro.

Es basado en estos síntomas, y no encontrando nada de parte del higado, estómago, prancreas, ganglios y del bazo que nos pudieran hacer sospechar la presencia del tumor en alguna de esas visceras que diagnosticamos *Aneurisma de la*

aorta Abdominal parte superior y los trastornos de parte del aparato digestivo y los dolores del torax se éxplican perfectamente por la compresion del tumor sobre las visceras, nervios &. vecinos. Todo esto no llamó jamás la atencion del enfermo y por lo tanto no le daba importancia, sino que le preocupaba un tumor que tenia en la region poplitea derecha del tamaño de una naranja, era pulsátil, reductible, blando superficial y se notaba hacia la parte esterna el thrill, aunque no era muy notable. Puesto el estetóscopo le imprimia grandes movimientos de vaiven; por la auscultacion de oia un soplo claro, neto, típico que se propagaba ya hácia la pierna ya al muslo; todos estos signos físicos desaparecian cuando se comprimia la femoral; ademas la pierna estaba en flexion, la rodilla en el aire y aumentada de volumen (sinovitis), el talon en la cama y hácia adentro, la punta del pié hácia fuera y adelante, la pierna y pié edematosos y doloridos particularmente al rededor de los maleolos, la piel lustrosa, las venas muy dilatadas y se encontraba imposibilitado para caminar.

No pocas veces los grandes maestros de la cirugia han confundido un abceso, un kiste &. con un aneurisma y al atacarlo con el bisturi se han encontrado con un chorro de sangre en vez del pus &. que creian encontrar, ahí estan los hechos de Velpeau, Dupuytren, Holmes y otros, que no se nos deben olvidar cuando nos encontremos frente á estos tumores. Es en vista de esto que con el mayor cuidado tratamos de ver si nos encontrábamos con algun kiste por ejemplo de las bolsas serosas, del semi membranoso ó de los gemelos que son los mas frecuentes, pero en estos no se nota ni el soplo, ni son pulsátiles ni estan en la linea media, sinó que se encuentran hácia la parte interna del hueco popliteo y por lo tanto los excluimos. Lo mismo sucedió con los abcesos y ganglios y nos quedamos con el diagnóstico de aneurisma de la arteria poplitea, no solo por los síntomas ante-dichos, sino tambien por el modo de desarrollarse. Nos cuenta el enfermo que estando hace un mes ocupado en arreglar una puerta, al hacer un movimiento

brusco de flexion con la pierna, sintió como un calambre en la region poplitea y mas tarde notó como una bolita que latia; esta fué creciendo, lo que no le impidió el trabajar, hasta que hace próximamente un mes antes de la operacion le obligó á guardar cama.

Tenemos pues á nuestro enfermo con dos aneurismas arteriales circunscritos, perfectamente evidentes, y nos preguntamos si seran estos solos ó si tendrá otros que no se han apercibido. Examinando las arterias por la palpacion nos encontramos con que estas están duras y dan la sensacion de un cordon, dato importante que nos servirá para el trata miento.

El pronóstico se desprende facilmente del diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, se tropieza aquí con dos puntos importantes (me ocuparé de la poplitea por que en la de la aorta no se intervino). En primer lugar se debe de operar una aneurisma de la arteria poplitea, cuando existe otra en la aorta.

Prescindiré desde luego de entrar en la discusion de las teorias que hay en pró ó en contra de la operacion y circunscribiéndome el caso, diré que ella estaba indicada.

1º. Por el desarrollo de la aneurisma; y porque era tan superficial que peligraba que en un movimiento brusco, una caida &., se rompiese el saco y concluyese con la vida del enfermo, y en segundo lugar porque los fenómenos de compresion estaban muy acentuados y no solo el dolor le mortificaba mucho, sinó que la circulacion estaba alterada y tal vez la gangrena no se hiciera esperar.

Una vez que se decidió operar se elijió el procedimiento de la ligadura perdida en el canal de Hunter, y se elijió el de la *ligadura perdida* porque en vista del estado de las arterias era fácil suponer hemorragia cuando se cayese el hilo de la ligadura. Pero con este método ¿que sucede? Que haciéndola con rigurosa antisepcia se tiene una cicatriz por primera in-

tencion y cuando caiga el hilo, si se produce hemorragia esta será interna y por lo tanto en este caso no será tan grave como la hemorragia externa.

Asi pues se empezó por favorecer la circulacion colateral (que estaba ya algo desarrollada) con el compresor de Broca. El 1º dia lo toleró 30 minutos; el 2º 20 minutos; el 3º 10; el 4º y 5º 10; le dolia mucho, particularmente las dos últimas veces. Esto se hizo con sumo cuidado y cambiando de lugar por temor de formar otra aneurisma. El 27 de Julio, mi gefe y profesor Dr. Pirovano procedió como he dicho ántes á practicar la ligadura perdida de la arteria femoral en el canal de Hunter, (método clásico con anestesía local); se le hizo despues una curacion de Lister, se le vendó lijeramente la pierna con una venda de franela; se le puso bolsas de afrecho para conservar el calor á la pierna se colocó al sujeto en la posicion décubito dorsal con la pierna flexinada. Por la noche se quejeba de la venda que estaba apretada: se le aflojó. Sentia dolor y hormigueo al rededor del tobillo, la temperatura era 38-2; al otro dia 28; los dolores se propagaron á toda la pierna y la rodilla, eran muy acentuados. El hormigueo siguió lo mismo, temperatura 38-4, por la noche igual estado: temperatura 38-5. Junio 29, los dolores de la rodilla se calmaron y del tercio superior de la pierna: temperatura 38-2. Junio 30: se descubrió la herida y se vió que no habia supuracion y estaba muy bien; se quitataron los puntos de sutura. La pierna se encontraba hinchada, los dolores y el hormigueo decrecian y así siguió poco á poco mejorándose y curando la herida por primera intencion, la temperatura bajando hasta la normal y el 5 de Julio se levantó de la cama con una muleta. Todo fué bien menos el saco aneurismal que en vez de ponerse duro se hacia mas blando, pero ni por la palpacion ni por la auscultacion se notaba pulso ni soplo; parecia que iba á supurar, sin embargo no habia cambio de coloracion de la piel ni elevacion de temperatura local.

El aneurisma de la aorta aumentó un poco. El estado

general mejoró tambien. De este modo siguió diez dias mas y el 15 de Julio salió del Hospital, contento del resultado y caminando con su muleta.

En resúmen, tenemos un enfermo con arterio esclerosis generalizada, con aneurisma de la aorta abdominal parte superior y otra de la poplitea derecha. Esta última por su desarrollo ponia en inminente peligro la vida del paciente. Se ha tratado por la ligadura perdida de la arteria femoral en el canal de Hunter y su resultado ha sido: 1º, curacion de la aneurisma paplitea 2º, espléndido resultado en la ligadura y herida; 3º la aneurisma de la aorta si bien ha crecido un poco, en cambio se tolera bien, no ha traido todavia mayores accidentes y es compatible con la vida.

Las medicinas que tomó fueron el bromuro con ioduro de potasio, opio y quinina.

LORENZO INURRIGARRO.

Hospital de Clinicas, Setiembre 4 de 1888.

CORRESPONDENCIA

La climatoterapia en la tisis—Alpes Suizos—Clínicas de altitud— Indicaciones y contra-indicaciones — Estacion mas favorable para venirse del hemisferio Sud al hemisferio Norte—Itinerario á seguir para evitar á los enfermos fatigas inútiles y peligrosas.

La climatoterapia ha sido conocida desde la mas remota antigüedad; ella es tan vieja como la medicina. Celso y Galeno ya recomendaron los climas montañosos á los tísicos en los primeros siglos del cristianismo; y mucho tiempo antes que ellos, Hipócrates, aquel célebre y venerable anciano de la isla de Cos, hacen ya mas de 1300 años, es decir, cuatro siglos antes de nuestra era, emviaba á los tuberculosos á los climas marítimos. En las *sierras* Peruanas la climatoterapia data desde la época colonial; y hacen ya mas de un cuarto de siglo que el Gobierno de aquel pais tiene un hospital á 3000 metros de altura sobre el nivel del mar en las pintorescas regiones del Jauja, para sus soldados tísicos. Pero es en estos últimos diez años que la climatologia y la climatoterapia de altitud ha tomado una estension y desarrollo considerables, sobre todo en Alemania, Suiza y la América del Norte. Existen ya en numerosos libros y folletos datos meteorológicos y estadísticos de indiscutible mérito, donde se pueden buscar los grandes progresos de la climatologia, y los brillantes resultados de lo climatoterapia. Es el único tratamiento que va venciendo todas las resistencias y todas las críticas, con las pruebas irrefutables de los numeros. Y á medida que el tiempo pasa, y los progresos modernos avanzan ella aparece mas racional y mas justificada, tanto en el terreno teórico como en el práctico.

Desde que Koch demostró la naturaleza parasilaria de la tisis marcando nuevos rumbos á su terapéutica, han apareci-

do muchos medicamentos y muchas medicaciones. Las inhalaciones de anilina, las inyecciones hipodermicas de eucaliptol, las inhalaciones de ácido sulfídrico y ácido sulfuroso, las inyecciones rectales gazeosas, las inyecciones pulmonares de varìados principios... etc., han sido presentados con mas ó menos pretensiones de espesificidad. Inútiles y peligrosos algunos están destinados á desaparecer; y aquellos que presentan alguna utilidad quedarán para aumentar nuestro numeroso pero impotente arsenal terapeútico, siendo por lo menos dudoso que ninguno de entre ellos sea superior á la creosa y al iodoformo por via estomacal. No hay que desesperar sin embargo de habernos quedado hoy como ayer en el terreno famacológico, pues hay un noble y grande entusiasmo en el sentido de resolver favorablemente una cuestion que tanto interesa á la ciencia y á la humanidad. Quiza dentro de algunas semanas, en el gran Congreso Médico para tratarse esclusivamente sobre la tísis, que se reunirá del 25 al 30 de este mismo mes, se adelante algo en el sentido de colmar nuestras mas ardientes aspiraciones.

Entre tanto mientras los sabios buscan un específico hay que reconocer que en el estado actual de nuestros conocimientos sobre la materia, la climatoterapia de altitud bien dirigida es el elemento terapeútico preponderante en el tratamiento de la tisis. No puede ser de otra manera.

El aire aséptico de las montañas de cierta altitud impide la putrefacion de las secreciones mórbidas pulmonares y por consiguiente evita la septicemia que como ha dicho muy bien el Dr. Daremberg, es el todo en la turberculosis. Y tan bello resultado que conduce directamente á la curacion, se obtiene sin alterar las funciones digestivas del enfermo, cuyo aparato debe cuidarse tanto ó mas que la enfermedad, pues una vez perdido, la lucha es imposible; es como el marino que deja romper una brújula en alta mar, solo la Providencia podria salvarlo.

Desgraciadamente la estacion mas famosa de la Suiza,

Davos-Platz es ya una pequeña ciudad que vá aumentando rapidamente, y por consiguiente la pureza y asepticidad de su atmósferera tiene que seguir una proporcion inversa á la de su poblacion, como ya lo ha hecho notar el Dr. Weder de Londres. Y justamente esta es la razon por que las curas son ahora menos frecuentes que antes. Sin embargo Davos-Platz, Davos-Dörfli, Wiesen, Kloster, San-Moritz, Pontrocina, Sarmaden, Maloya, Andermat, Ragatz, Wessemburg, Montrena, Lugano, Palanza, Lucarno, y algunas otras estaciones climatéricas de este país, en las diferentes épocas del año, serán todavia por muchos años los puntos de reunion preferibles para una gran parte de los tísicos de todos los paises.

Los hoteles son muy buenos como tales, aunque dejen todavia que desear bajo el punto de vista higiénico y de la instalacion de los enfermos.

¡Qué bueno seria que el Cuerpo Médico de Buenos Aires fomentara la idea de la formacion de un gran sanatorio en la Provincia de Mendoza con todos los progresos modernos, tanto en higiene como en Climatoterapia!

De esta manera nuestros numerosos enfermos no tendrían necesidad de hacer tan largo viaje viniéndose á la Suiza. Un sanatorio en Mendoza sería una obra fecunda para la ciencia y para los enfermos.

Tengo poderosas razones para creer que un establecimiento de cura de aire bien organizada en Mendoza daria resultados mas satisfactorios que aquí en Suiza.

En otra ocacion ya he hablado de las indicaciones y contra-indicaciones de los climas de altitud; sin embargo hoy deseo insistir todavia en ello, aun que sea en términos generales.

Puede decirse de una manera general que los climas de altitud siendo poderosamente estimulantes conviene especialmente á los enfermos de reaccion tórpida cualquiera que sea el periodo de su enfermedad, con tal que su estension no haya

alcanzado á mas de la mitad de la superficie hematósica de los dos pulmones.

Es sabido que el embarazo y el alumbramiento son causas ocacionales poderosas para el desarrollo de la tisis en las mujeres lijeramente atacadas ó solamente predispuestas.

La esperiencia ha demostrado que en estos casos basta someterlas á la influencia de los climas de altitud, por lo menos toda la segunda mitad del embarazo y los primeros meses del alumbramiento, para obtener el doble efecto de evitar el desarrollo de la enfermedad y obtener hijos robustos y bien constituidos. Me permito pues llamar la atencion sobre estos hechos cuya importancia es muy grande.

Las criaturas débiles ó enfermisas nacidas en las llanuras no deben enviarse á las montañas antes de los tres años de edad.

Los enfermos que adquieran la tisis á una edad avanzada tienen contra indicacion á los climas elevados. El aire activamente estimulante de las montañas hace mas mal que bien en un organismo que no tiene ya fuerza suficiente para reaccionar.

Las cómplicaciones cardiacas, y los estados ateromatosos constituyen sérias contra-indicaciones, asi como los enfisemas pulmonares estensos.

Aquellos tuberculosos de reaccion florida ó exitables deben acudir á los climas suaves y tónicos y no á los de altitud. Sin embargo si los enfermos son dóciles y el médico pueda disponer de su voluntad, puede llegarse poco á poco á habituarlos á los climas elevados, estacionándolos primero á alturas medias.

Las hemóptisis no constituyen una contra-indicacion, sino en el caso de que la reaccion sea florida, así como las afecciones laringeas.

Ahora que empieza á marcarse una corriente de enfermos de los pueblos Sud-Americanos creo que no carece de interés hacer notar cual es la época mas favorable para pasar de

aquel hemisferio á este. Por mi parte yo estoy persuadido que de la eleccion de la época depende en gran parte el éxito ó el fracaso de la cura que se busca.

En efecto, la Suiza como país montañoso y sobre todo por la latitud en que se encuentra es un país muy frio en invierno, aunque muy útil para los tísicos. Pero en la primavera, época de sus grandes deshielos, es tempestuoso y muy peligroso para las personas delicadas, sobre todo para aquellos que en esta época llegaran de la América del Sud.

Dos son las estaciones mejores para llegar á la Suiza: la primera mitad del verano y del otoño. Hay pues segun esto que salir de Buenos Aires, por ejemplo, al principio del invierno ó á principios de la primavera, es decir á fines de Junio ó á fines de Setiembre.

Aquellos enfermos que vienen resueltos á renunciar á todos los placeres en obsequio á su salùd deben tomar de preferencia la via de Génova, pues de este punto á la muy recomendable estacion de Lugano que se encuentra admirablemente situado al pié de los primeros contrafuertes de los Alpes Suizos por el costado italiano, no hay sino 8 ó 9 horas de ferro-carril. En Lugano pueden permanecer con fruto una á dos semanas; de allí por la linea del Gotardo pueden llegar á Zürich tambien en 8 á 9 horas, donde deben consultar al célebre profesor Dr. Huguenin ó al de igual clase Dr. Heihorst. De Zurich á Landquart donde se toma la mensajeria para Davos ya queda muy cerca, 3 horas de viaje.

La gran rivalidad que existe entre los diversos lugares de cura de la Suiza, rivalidas de las cuales no siempre están esentos los mismos médicos de esas localidades, hacen necesarias las consultas de cuando en cuando, de los profesores citados, sobre todo, del primero cuya competencia es incontestable. No hay que olvidar que lo que no se consigue en un lugar puede consiguirse quizá en otro, pero esta fineza de indicacion, si puede llamarse así, es patrimonio casi esclusivo de los grandes maestros y de los grandes

especialistas en climatoterapia como Huguenin, Weber, William, Lictein, Heihorts. Kusmaal, y muchos otros.

Los enfermos que quieran consultar los profesores franceses deben tomar la via de Burdeos, por que así les queda Paris en el camino.

Por el contrario si tomaran el camino de Génova tienen que hacer antes de llegar á Davos, pasando por Paris no menos de 40 horas de ferro-carril que es fatigoso y nocivo.

Antes de terminar esta correspondencia deseo hacer notar que el clima de las Canarias está llamando la atencion del mundo médico. En Orotava ya hay buenas instalaciones, y existe ya una gran corriente de enfermos ingleses á ese punto. Ultimamente he tenido ocacion de oir decir al profesor Huguenin de Zürich que el clima templado y montañoso de las Canarias depara al Tenerife una gran popularidad.

Davos-Platz, Julio 11 de 1888.

E. Veron.

Revista Estrangera

HOSPITAL BICHAT-POR EL Dr. HENRI HUCHARD

LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LAS ENFERMEDADES Y SUS INDICACIONES TERAPEUTICAS

A. *Hipertension pasagera.* — Hacen algunas semanas, una mujer de edad de unos sesenta años, atacada de cardeopatia *arterial* (arterio-esclerosis del corazon) de forma aritmica y sin soplo, entró al hospital por accesos violentos de pseudo — asma cardíaca. Las crisis de disnea sobrevenien de una manera paroxisticas todas las tardes prolongándose durante una gran parte de la noche y sin embargo no se observaba ningun signo de congestion y edema pulmonares, ni la menor infiltracion perimaleolar. Por cierto, no existia ningun indicio de hiposistolia ó de asistolía caracterizada como se sabe por la disminucion de la tension arterial y aumento de la tension venosa. Notamos al contrario, una exageracion considerable de la tension arterial, demostrada no solamente por las mensuraciones esfigmo — manométricas, sinó tambien y sobretodo por el *retumbo diastólico* de la aorta, á la cual yo atribuyo una grande importancia á este punto de vista. El choque precordial era enérgico, los latidos del corazon muy manifiestos aunque perfectamente arítmicos, el pulso comprimido concentrado, casi vibrante y un poco irrégular. Las orinas, eran y habian sido siempre normales, abundantes, sin la menor señal de albumina.

Por consiguiente no se podía invocar aquí un origen renal ó una complicacion urémica para esplicar los accesos de disnea paroxistica. Con el fin de hacerlas desaparecer uno de mis cólegas que seguia entónces la visita insistia sobre la

administracion de la digital y os recordais que este medicamento ha tenido por efecto, como lo habia anunciado, de aumentar todavia los accidentes. La razon de esta agravacion por el medicamento era facil á preveer. — En efecto, en este caso, donde estaba el peligro? Era en la hipertension arterial. Cual era entónces la indicacion terapeutica? Ella consistia en disminuir la presion vascular levantada por la enfermedad. Es que la digital era absolutamente contra-indicada, porque tiene por efecto de aumentar la tension arterial, es porque la prescripcion del regímen lacteo esclusivo hizo desaparecer desde el segundo dia todos los accidentes disneicos; es porque, varios meses antes una ancha sangria prácticada en esta enferma había igualmente dado cuenta de un formidable acceso de pseudo — asma amenasante para sus dias. Aqui pues la sangria y el régimen lacteo han obrado en el mismo sentido disminuyendo la tension arterial.

En frente de esta enferma, he aquí otra atacada de cardiopatía valvular (estrechez é insuficiencia del orificio mitral, insuficiencia tricúspidepre con latidos hepáticos). El pulso era debil, desible, desigual, irregular, intermitente y rápido; no había edema de los miembros inferiores, pero el higado era enorme y los pulmones estaban congestionados en las dos bases; habia un retumbo diastólico pero existía, no á la derecha del esternon como en la primera enferma, sinó á la izquierda de este plano oseo, en el foco del orificio pulmonar, lo que era el indicio de una tension exagerada en la pequeña circulacion.

Las cavidades derechas del corazon estaban dilatadas y si la denisa volvía por accesos, ella era subcontinua, no desaparecian por completo durante el dia. Aqui donde estaba el peligro? En el desenso de la tension arterial que hemos aun comprobado al esfimo-manómetro. Cual era la indicacion terapeutica? Ella nos señalaba que era necesario levantar esta tension arterial disminuida y os recordareis que si el regimen lacteo ha sido impotente para moderar esta

disnea, la digital, al contrario ha triunfado muy rapidamente.

Esos dos ejemplos que yo tomo al acaso, demuestran que existen en las enfermedades indicaciones terapeuticas relativas al estado de la tension arterial; ellas demuestran aun, no solamente al punto de vista clinico, sinó tambien al punto de vista terapeutico, la importancia de la escision que yo he establecido despues de varios años entre las cardiopatías *valvulares* y las cardiopatías *vasculares* ó *arteriales* (arterior-esclerosis del corazon), las primeras comenzando en los orificios cardiacos y caracterizadas por la tendencia al descenso de la tension arterial, las segundas teniendo las arterias por origen y caracterizadas por su tendencia á la hipertension vascular, ellas demuestran enfin que no vasta solamente constatar un sintoma, sinó que es necesario tambien ver la manera como se produce y conocer su patogenia si se quiere utilmente combatirle.

Todo el mundo sabe, par ejemplo, que todas las palpitaciones no reclaman constantemente la medicacion digitalica. Sucede lo mismo de la clinica cardiaca que segun los casos puede ser mejorada ó agravada por la digital.

Otros ejemplos son todavia á citar, que demuestran la importancia práctica de este estudio:

He aquí una mujer atacada de etrorragia y a la cual habria practicado con éxito una ó varias inyecciones subcutaneas de ergotina. Pero en una otra enferma, el mismo tratamiento es seguido de un resultado opuesto, el aumenta al contrario la hemorragia y vos no llegais á combatirla eficazmente sinó por el empleo de los sedantes, de los calmantes es decir del opio ó de los enemas laudanizados, ó aun por las inyecciones muy calientes ó los baños calientes. En una palabra, *netrorragias que no obedecen al cornezuelo de centeno* y que son agravadas no solamente por las preparaciones ergotinicas y por el frio, sinó tambien por el empleo

de los otros agentes vasoconstrictores, del sulfato de quinina ó de la digital.

En los tuberculosos, las hemoptisis son en la mayor parte de los casos, favorablemente influenciadas por las inyecciones de ergotina, mientras que otras son agravadas por ellas. De éste numero son las hemoptisis sobreviniendo al comienso del periodo catamenial. Este insuceso terapeutico es facil comprender; pues si la tension arterial se desiende durante el flujo catamenial, ella es elevada notablemente durante su periodo de preparasion y durante el estado de mólimen menstrual. Es la hipertension arterial que encontrando en los vasos de un pulmon tuberculoso un *locus minoris resistentiæ*, va ser la causa ocasional de la hemoptisis. Desde luego, la digital y el cornezuelo de centeno que aumentan todavia esta tension vascular son contraindicadas y aquí el opio con la ipeca responden mejor á las indicaciones terapeuticas.

Las epistasis de los adolescentes y de los artriticos es lo mas amenudo producida por la hipertension arterial. Entónces el percloruro de hierro es inútil, las preparaciones ergótinicas son nocivas; es necesario combatir la pletora vascular, disminuir la tension arterial por medios diversos, en el número de lós cuales no hay mejor que la abstinencia relativa de bebidas.

Se conoce la resistencia que ofrecen a los diversos tratamientos las palpitaciones de las cloroticas y de las anémicas: Los ferruginosos bajo todas las formas, el arsénico, la quinina, la hidroterapia son amenudo sin efecto; los medicamentos cardiacos, y entre ellos la digital, son á veces nocivos. — Porqué la impotencia de esta terapeutica — Es por que ella no tiene en cuenta sinó el elemento discrasico y desconoce otro factor muy importante que entra muy á menudo en escena: el espasmo vasecular y su consecuencia inmediata, la hipertension arterial. Las cloro-anémicas tienen el sistema vasomotor muy escitable y emocionante, lo que

esplica el enfriamiento de las estremidades, las algideces y las isquemias locales, las alternativas de palidez y enrogecimiento de la cara, la emision de orinas claras, limpidas y abundantes. Lo que prueva la exitabilidad espasmódica de su sistema vascular es la existencia del ruido de soplo llamado anemo-espasmódico al nivel de la arteria pulmonar. Si los ruidos de soplo anemicos pueden mostrarse en todos los orificios, es tambien en razon del espasmo arterio-capilar que crea un obstáculo, que produce un estrechamiento de la periferia del sistema circulatorio, obstáculo y estrechamiento contra los cuales el corazon lucha dilatándose. Pero con él los orificios se ensanchan y resulta segun los casos, la produccion de soplos funcionales en los orificios mitral y tricúspide, y ademas un soplo diastólico en la aorta como he observado dos hechos innegables. La patogenia de esos ruidos diversos es asi diferente de aquella que M. Potain les ha atribuido bajo el nombre de *ruidos estra-cardiacos*. Desde luego, para combatir ciertas palpitaciones rebeldes de las cloro-anémicas, la terapeutica debe tener presente al mismo tiempo; el espasmo vascular y la hipertension arterial, empleando los agentes vaso dilatadores y los depresores de esta tension.

En la angina de pecho verdadera la tension arteríal es siempre aumentada de una manera permanente; es porqué la digital, que la eleva aun, puede contribuir agravar ò precipitar los accidentes; es porque la medicacion iodurada, ademas de su influencia especial sobre las paredes vasculares, actúa á la larga sobre la presion arterial que ella modera. Despues, bajo la influencia del esfuerzo, de una marcha ó de una emocion, ésta tension se eleva todavia; así el acceso de angina encuentra lo mas amenudo un medio heroico en el empleo de las inhalaciones de nitrito de amilo, que determinan prontamente un descenso considerable de esta tension. — Esta aumenta despues de los reparos, lo que esplica, mejor que la plenitud del estómago ó la existencia siempre

hipotética de los reflejos gastricos, la aparicion frecuente de los accesos anginosos, á consecuencia de reparos mas ó menos copiosos. — Es en estos casos que yo he hecho cesar ataques amenudo severos de angustia *post prandium* modificando la cantidad ó la calidad de los alimentos y sometiendo los enfermos al régimen lacteo que tiene por resultado de descender la tension arterial.

Muchos otros ejemplos podrian todavía ser citados; estos con suficientes para demostrar la importancia práctica de la cuesrian.

(Continuará).

NOTICIAS

Reglamentacion de las sesiones científicas en el Círculo Médico

Artículo 1º. Las sesiones científicas celebradas por el C. M. A. tendrá lugar desde el 1º de Marzo al 30 Octubre. Todos los Viernes de 8 á 10 p. m.

Art. 2º. En estas sesiones se tratarán las esposiciones orales, ó comunicaciones escritas presentadas por los socios, las que versarán sobre hechos de observacion clínica, y temas de medicina en general.

Art. 3º. Tambien podran ser discutidos los traqajos de autores que no formen parte de la asociacion, siempre que haya algun miembro de ella, especialmente encargado de presentarlas.

Art. 4º. En corroboracion, ó aclaracion de las ideas sostenidas en las sesiones, sə podrá hacer la presentacion de enfermos, piezas anatómicas, preparaciones histológicas etc, etc.

Art. 5º. Siempre que algun miembro de la asamblea, ó el autor de un trabajo pidan pase este á una comision para su estudio, será esto resuelto por votacion nominal.

Ar. 6º. La comision á que hace referencia el artículo anterior, deberà espedirse á la mayor brevedad posible.

Art. 7º. Las comisiones serán compuestas de tres ó mas miembros, desígnados por el Presidente.

Art. 8º. La discusion será libre y si ella no fuera terminada en las horas indicadas en el art. 1º. quedará aplazada para la próxima sesion.

Art. 9º. Una cuestion será declarada suficientemente discutida, por simple mayoria de la asamblea.

Art. 10 En los anales se publicarán todos los trabajos presentados, y un resúmen de *ad hoc*, hecho por dos secretarios, de las discusiones que se promueban en estns asambleas.

Ar. 11 En estas sesiones, actuarán como secretarios dos miembros de la asociacion nombrados por la C. D. de entre los socios médicos.—La duracion de sus funciones será de un año.

Ar. 12 Cuando la opinion del C. M. A. fuese requerida en cuestiones científicas de interés general, su estudio será encomendado á una comision con arreglo al art. 7º y su dictamen será discutido y remitodo á la asamblea.

Art. 13 Este reglamento no podrá ser reformado, sinó despuues de un año de su sancion, prévia una resolucion tomada por la C. D. con dos tercios de sus notos.

Antonio Gandolfo, Presidente.—*Manuel Dellepiane*, Secretario.—*José G. Rivas*, Secretario.

Un nuevo especulo

Tomamos del *Progres Medical*, el siguiente artículo respecto á un especulo inventado por el médico argentino Dr. Reinal O'Connor:

"Desde algun tiempo á esta parte se han inventado varios especulo, pero todos dejan que desear, no solamente porque su construccion no permite hacer mas que un exámen superficial de la vagina sino tambien porque no tienen mas que un solo fin y el exámen ordinario, no pudiendo servir para las diferentes operacioncs que se hacen en los órganos genitales de la mujer. El especulo del Dr. Reinal O'Connor que ha sido presentado ultimamente á la academia de Medicina de Paris por el Dr. Brouardel, décano de la Facultad, viene á llenar todas las condiciones deseables y permite un exámen fácil y completo asi como todas las operaciones. Es-

te especulum constituido con la elegancia y solidez con que lo hace M. Collin en sus instrumentos se compone de dos valvas ó ramas de las cuales la inferior para penetrar en el fondo de saco posterior y en el estremo hay una pequeña palanca con la cual por medio de un tallo se puede levantar el cuello del útero para examinar con detalles y ver si hay ulceraciones, tubérculos, etc. etc. La estremidad del especulo es ensanchada para impedir la penetracion de los pelos y de los grandes labios en el interior del instrumento lo que puede incomodar mas ó menos al operador.

El especulo posee dos movimientos; uno suaue que se obtiene haciendo girar una llave, el otro estenso por medio de una cremallera que aparta en una gran estension las valvas facilitando asi las operaciones que tienen necesidad de un gran campo operatorio.

Como se puede necesitar en ciertos casos del especulo de Sins, el Dr. Reiual O'Connor ha tenido la idea de de reunir este instrumento tan apreciado por todos los cirujanos.

He oqui camo procede para estos casos: levantar una pequeña palanca con su tallo, se afloja una llave, que mantiene la cremallera mencionada y un tornillo, no queda entences sino las dosvalvas á las que es preciso adaptar mangos sólidos que fijan ó se mueven á voluntad del que maneja.

Ademas ha agregado una lámpara eléctrica de tres centímetros alimentada por una pila que se puede llevar en el bolsillo del chaleco para los casos en que se hiciera necesario un foco luminoso ó en los casos en que como sucede en la práctica civil no se puede utilizar la luz del dia.

En resúmen este nuevo especulo reune las ventajas siguientes: exámen del fondo de saco posterior, levantamiento del cuello, separacion del cuello y grandes lábios, sustitucion al especulo de Sins. Ademas lleva un pequeño foco eléctrico mas intenso y propio y menos peligroso que una lámpara ó una bujía.

LARVA DE ANTHOMYIA

Agosto de 1888

ANALES
DEL
Círculo Médico Argentino

AÑO XI—1888 BUENOS AIRES TOMO XIII N. 8

ARTÍCULOS ORIGINALES

Larvas de Anthomyia en el hombre

(Dr. R. Wernicke)

Las larvas de mosca de cuando en cuando se nos presentan como agentes productores de enfermedades. Entre nosotros las afecciones que mas frecuentemente se presentan son las que produce la mosca antropófaga, que generalmente establece un criadero de hijos en las fosas nasales y cavidades que con esas fosas comunican son estos los casos conocidos de *Myasis* de los cuales anualmente aparecen uno ó dos en nuestros hospitales.

Otras veces que tenemos que habernosla con larvas de moscas, se trata de las larvas de alguna de las moscas carnarias, que ha ido á depositar sus huevos en una herida mal atendida—se há "agusanado la herida."

La larva de mosca de la cual hoy me ocupo es un huesped mucho mas raro de la especie humana, muy contadas son las observaciones que á ella se refieren y en todos los casos que conozco las larvas se habian desarrollado en el intestino.

Son las larvas de anthomyias huespedes frecuentes del canal digestivo de los perros.

Las anthomyias ponen sus huevos sobre plantas (rosas,

coles, cebollas, nabos, rábanos, remolacha etc. etc.) con algunas hojas de esas plantas llegan los huevos al estómago y luego al intestino de los perros, en el cual se desarrollan sin producir mayores molestias á sus huespedes, si el número de visitantes no es demasiado grande; una vez terminado el desarrollo salen larvas con el estiércol se encapullan en el suelo y dan lugar mas adelante á la formacion de las ninfas ó moscas perfectas.

Al estómago ó al intestino del hombre pueden llegar, como cualquiera lo comprende, los mismos huevos por un descuido cualquiera—los huevos se desarrollan y se forma la larva —esta se halla mal en el intestino delgado y colon y se establece con preferencia en la Siliaca ó ampolla del recto y provoca alli una inflamacion mas ó menos marcada por síntomas que todos conocemos como son el *escozor* et tenesmo y aun pujos mucosanguinolentos.

Tódos los síntomas producidos se explican bien por las dimensiones y configuracion de las larvas, las largas y duras cerdas que adornan su cuerpo deben irritar la mucosa y sabemos que á estas cerdas se agrega una especie de trompa que puede servir para perforar la mucosa no nos estrañará entonces observar pujos mucosos ó sanguíneos.

El caso á que yo me refiero fué observado por el *Dr. E. del Arca* (Catedrático sustituto de Materia Médica y Terapeútica de la Facultad). Los pocos datos que pudo suministrarme me los dió con la mayor amabilidad y se los agradezco.

Tratábase de una señora que sin causa conocida empezò á manifestar síntomas de excitacion genésica de una intensidad insólita, acompañábase esa excitacion de sensaciones de escozor frecuentemente molestas en la vagina y un poco de flujo vaginal.

Una medicacion apropiada fué iniciada y por una inyeccion fué espelido un pequeño cuerpo cilíndrico que el *Dr. del Arca* me envió para examinarlo, al mismo tiempo desapa-

recieron las molestias vajinales y volvió á sus límites normales la exigencia genesica.

No pudimos averiguar si la enferma arrojara antes de la irrigacion vaginal cuerpos iguales á los que recibí, ni podemos decir si con aquella inyeccion que arrastró al que se me dió salieron otros.

Examinado el cuerpo en cuestion resultó ser una larva de Anthomyia, la lámina adjunta hecha por mi practicante *Dn. Marcelino Herrera* muestra la forma del animal y sus dimensiones.

No es difícil esplicarse el modo de invasion de la ó las larvas, deben haber penetrado al cuerpo en forma de huevo se habian desarrollado en el intestino y emigrando por el ano han penetrado á la vagina,, no se puede saber si llegarian al utero pero lo creo poco probable.

Un animal provisto de cerdas agudas y duras y de movimientos vivaces puede y debe irritar la mucosa vaginal, por el cosquilleo contínuo vinieron la hiperexitacicn sexual y el flujo—desapareciendo el ó los parásitos desaparencen las molestias—*sublata causa tollitur efectus.*

Y termína aquí mi observacion, no tiene por cíerto gran importancia *pràctica* pero tiene si su interés científico, *á priori* podrá suponerse que la emigracion de larvas de moscas podria efectuarse del recto á la vagina, para las *anthomyia* hasta la fecha no se habia observado. En casos con síntomas parecidos de ahora en adelante convendrá acordarse que larvas de mosca pueden producir *ninfomania* y no se hará mal aconsejando inyecciones que puedan hacerlas arrojar. De los muchos remedios que se aconsejan para combatir las invaciones de larvas de mosca ninguno ha dado mejores resultados que el cocimiento de *albahaca*, medicamento completamente inofensivo y fácil de conseguir en cualquier parte.

OBSERVACIONES

DE

ABDOMINAL SECTION

DE LA

CLINICA GINECOLOGICA DEL DR. CROOM

(EDIMBURGO)

Los notables adelantos que en los últimos años ha hecho la cirujía abdominal, y la gran importancia que tiene con referencia á la Ginecologia, quizá hagan interesantes las observaciones siguientes recojidas en la Clinica del Dr. Croom en el "Hospital Real de Edimbnrgo",

El cuadro, que á continuacion vá, comprende 50 casos de *Abdominal Section* que se refieren á un lapso de tiempo de año y medio próximamente.

De los 50 casos, 43 son de "Ovariotomia" y "Extraccion de los anexos del Utero", 4 son de "Incision Esploradora", 2 de "Histerectomia" y 1 de "Laparatomía" por "Peritonitis supurada".

Para poder llegar á una apreciacion justa del resultado de estas operaciones, creo que es necesario establecer estas divisiones, pues como se verá, los casos fátales que forman un total de 5, se refieren esclusivamente á la 2ª y 3ª categoría, donde la operacion se encontraba rodeada de circunstancias sumamente desventajosas, como inmediatamente se desprende del cuadro. Mientras que en la totalidad de los casos comprendidos en las categorías primera y última, el resultado ha sido feliz.

Hé aquí el cuadro :

	Nº de casos	Nombre	Edad	Casado	Soltero	Diagnóstico	Resultado
Ovariotomia y estirpacion de anexos uterinos	I	Sra. P.	46	si	—	Quíste multilocular del ovario	curacion
	II	" T.	50	si	—	" " " "	"
	III	E. S.	28	—	si	" Simple " "	"
	IV	M. H.	39	—	si	" " " "	"
	V	M. A.	31	—	si	" multilocular " "	"
	VI	M. M.	35	—	si	" Simple " "	"
	VII	Sra. F.	35	si	—	" multilocular " "	"
	VIII	I. B.	26	—	si	Salpingo ovaritis — —	"
	IX	M. T.	31	si	—	" " gonorreica	"
	X	M. A.	37	—	si	Fibroma uterino	"
	XI	S. M.	24	si	—	Hémato-Salpinx	"
	XII	S. C.	22	si	—	" "	"
	XIII	E. R.	25	—	si	Fibroma uterino	"
	XIV	S. E.	34	si	—	" "	"
	XV	S. P.	42	si	—	Quiste multilocular del ovario	"
	XVI	C. G.	31	—	si	" " " "	"
	XVII	M. E.	30	—	si	" Parovárico	"
	XVIII	G. A.	19	—	si	" semi-sólido " "	"
	XIX	M. C.	29	si	—	" — " "	"
	XX	M. C.	—	si	—	" — " "	"
	XXI	O. G.	29	—	si	Fibroma uterino	"
	XXII	M. G.	31	—	si	Salpingo ovaritís	"
	XXIII	D. W.	23	—	si	Hemorragia uterina	"
	XXIV	A. W.	33	si	—	Quiste ovarico	"
	XXV	M. M.	22	si	—	Salpingo ovaritis gonorreica	"
	XXVI	M. K.	24	si	—	Quiste ovàrico	"
	XXVII	M. K.	20	—	si	" parovarico	"
	XXVIII	C. B.	28	si	—	Hematacele ovàrico izquierdo	"
	XXIX	M. F.	47	si	—	Quiste Dermoideo izquierdo	"
	XXX	A. W.	36	si	—	Fibroma uterino	"
	XXXI	M. A. O,	39	si	—	Quiste ovárico	"
	XXXII	S. M.	35	si	—	" " multilocular	"
	XXXIII	H. F. Y.	21	—	si	Dismenarrea rebelde	"
	XXXIV	P. S.	24	—	si	" "	"
	XXXV	M. P.	30	si	—	Salpingo-Ovaritis	"
	XXXVI	E. M.	34	—	si	Quiste simp. der. Demoideo izq.	"
	XXXVII	M. I.	46	si	—	Tumor semi-sólido del ovario	"
	XXXVIII	A. M.	26	si	—	Salpingo ovaritis	"
	XXXIX	A. B.	32	—	si	Tumor ovario doble	"
	XL	E. D.	24	si	—	Dermoide der. Quiste simp. izq.	"
	XLI	M. B.	40	si	—	Ovaritis crónica	"
	XLII	J. J.	27	si	—	Salpingo ovaritis gonorreica	"
	XLIII	K. K.	26	si	—	Quiste parovárico	"
Incision exploradora	XLIV	M. H.	30	si	—	Tumor Fibro celular del omento	curacion
	XLV	M. M.	45	si	—	Dejen. maligna del peritoneo	muerte
	XLVI	M. R.	—	si	—	Hematocele Pelviano	"
	XLVII	A. C.	19	—	si	Peritonitis Tuberculosa	"
Histerectomia	XLVIII	M. T.	41	—	si	Fibroma uterino con hemor.	"
	XLIX	M. C.	31	si	—	" " " "	"
laparotomia	L	H. M.	32	si	—	Peritonitis supurada	curacion

No entraremos á estudiar los detalles de cada uno de estos casos, aunque todos presentan muchos puntos de interés científico, solo anotaremos algunos de los mas importantes.

El caso nº 5 merece mencion: era uno de "Quiste multilocular del Ovario" y fué operada mientras sufria una peritonitis complicadora, marcando el termómetro el dia de la operacíon 103º F. Esta fué larga y difícil, debida á las adherencias peritoneales recientes, las cuales siendo muy vasculares daban lugar á una hemorragia abundante. Al terminar la operacion, el estado general de la paciente hacia desesperar de su vida; sin embargo mejoró gradualmente, obteniéndose al fin un restablecimiento completo.

El nº 9 es un caso típico de infeccion gonorreica. Databa el principio de su padecimiento de 12 años atrás. Habia dismenorrea, esterilidad, alteraciones nerviosas reflejas é imposibilidad de cumplir los deberes conyugales. El exámen local demostró el Utero con sus anexos. reunidos, adheridos y formando una sola masa informe.

Se operó, sacando primeramente el ovario izquierdo y la trompa, con gran dificultad, pues habia firmes adherencias; el Ovario era quístico y la Trompa engrosada conteniendo cierta cantidad de pus. El Ovario derecho tambien muy adherido, no fué estraído; la Trompa correspondiente extirpada con mucha dificultad. El resultado fué completamente feliz; pero una observacion algo curiosa pudo hacerse en el curso de su mejoria. La enferma siguió menstruando con regularidad despues de la operacion, sin esperimentar incomodidad pelviana alguna; además pór una pequeña abertura fistulosa que quedó en la parte inferior de la herida abdominal, y coincidiendo con la época menstrual, se producia una pequeña hemorragia que desaparecia luego en los intérvalos de aquella; esto pudo hacerse durante varios meses que permaneció en observacion, cesando por fin con la cicatrizacion de lá fistula, sin que sobreviniera accidente alguno.

Los casos nº 11 y 12 son de "Hémato-Salpinx" y hacen resaltar las dificultades que pueden ofrecer al Ginecólogo para su diagnóstico preciso. Citaremos sobre todo el primero:

Señora N,, 24 años de edad, casada; tuvo un hijo, año y medio antes de ingresar al Hospital; el parto fué difícil. El flujo menstrual se restableció cuatro meses despues y continuó regularmente sin dolor, hasta tres meses ántes de entrar á la sala, època en que cesó por dos meses, y en la cual sufria intenso dolor en el flanco izquierdo que se irradiaba hácia los lomos. Un mes antes de su entrada, y datando de un ejercicio violento, empezó á tener un flujo sanguinolento, acompañadó de dolor ìntenso y vómitos.

El exámen local dió el Utero, aumentado de volúmen ; el cuello algo reblandecido.—En el Ligamento ancho, izquierdo se sentia un tumor que parecía tener conexiones con el Utero. Fué puesta en observacion con tratamiento sintomático.

Quince dias despues, el cuello parecía mas blando, el cuerpo desalojado hácia el lado derecho, media con la sonda 3 1/2 pulgadas.—El límite superior del tumor alcanzaba á 2 1/2 pulgadas debajo del ombligo.—La auscultacion daba un soplo uterino; y reapareció nuevamente la hemorrajia.

Este conjunto de síntomas : la amenorrea previa, las hemorragias irregulares, el aumento de volúmen del útero, el dolor, el soplo y en fin los vómitos, hacia sospechar un embarazo extra-uterino.—Abierta la cavidad abdominal, el tumor resultó ser la extremidad Interna de la trompa enormemente distendida y muy adherente. Al tratar de desprenderlo rompióse y se creyó aun que fuera un embarazo tubario, habiendo escapado el feto á la cavidad abdomìnal al romperse; sin embargo, esto resultó ser inexacto y apesar de exámenes prolijos no se pudo encontrar huellas de preñez.

No hay, pues, duda de que este era un caso de Hemato-Salpìnx, muy particularmente notable por su volúmen.

De los casos de resultado fatal el primero Nº XLV—fué operada como último recurso, y aunque no pudo dar un resultado permanente, sin embargo fué indudable que se aliviaron los síntomas existentes, prolongando siquiera algo la vida.

El Nº XLVII, de Peritonitis Tuberculosa, falleció casi dos meses despues de la operacion, por perforacion intestinal.

De lós dos casos de Histerectomia indicados en el cuadro, el primero murió al dia siguiente de shock, y el segundo por reabertura de la herida ábdominal, con desprendimiento del pedículo, 10 dias mas tarde.

En cuanto al método operatorio adoptado en esta clínica, no difiere del clásico usado por la mayoria de los cirujanos; insistièndose siempre en mantener á la paciente en un medio acéptico.

La pieza en que se opera ha sido préviamente bien desinfectada, no habiendo sido ocupada, por lo menos una semana antes. La ventilacion es perfecta y la temperatura uniforme.

Es limitado el nùmero de los que pueden asistir. El operador, ayudantes y demás concurrentes, bien desinfectados, no debiendo ir el que haya estado ó esté asistiendo énfermos infecciosos, ó con heridas en supuracion, ó que haya presenciado ó asistido á autopsias durante la semana de la operacion.

Por lo demás, la operacion en sí nada tiene de especial; la incision, la hemostasia, la estraccion del tumor, el tratamiento del pedículo, la *toilette* de la cavidad abdominal, las suturas y el tratamiento general y local consecutivo, se hacen siguíendo las reglas indicadas y puestas en práctica por todos los cirujanos.

En fin, estos hechos, como los innumerables otros que con frecuencia aparecen en los diarios médicos, solo nos revelan otros tantos triunfos de los agentes y medios microbi-

cidas y ya casi nos vemos en la proximidad de una época en que el cirujano quedará dueño del campo de la lucha, convirtiendo las mas graves opcraciones actuales en operaciones de resultado siempre feliz.

Muchos operadores, es cierto, han relegado al olvido el "Spray", grandes y variadas modificaciones se han producido en el método antiséptico inaugurado por "Lister" y aunqne hemos oído que ún cirujano de la talla científica de Lawson Tait, afirma hacer la *toilette* del peritoneo, con solo *Birmingham river water;* apesar de todo nadie duda de que cualquiera que sea el método, la esplicacion del gran adelanto quirúrgico moderno se encuentra en la realizacion de la asepsia.

R. M. Dodds.

Buenos Aires, Agosto 25 del 88.

Revista Estrangera

HOSPITAL BICHAT-POR EL Dr. HENRI HUCHARD

LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LAS ENFERMEDADES Y SUS INDICACIONES TERAPEUTICAS

(Conclusion)

B. Ilepertension pèrmanente.

Hasta aquí yo he estudiado la hipertension *transitoria* y *pasajera.*

Llego, mientrastanto á una cuestion mas importante á la hipertension *permanente.* Ahora, esta ha sido mirada con error como perteneciendo solamente á la nefritis intersticial á la cual ella sucederia. Lo contrario es cierto: *la hipertension arterial ez la causa ae la arterio-esclerosis; ella precede durante nn tiempo mas ó menos largo la evolucion de las diversas enfermedades,* (cardiopatias y nefritis intersticiales, etc,) *las cuales estan ellas mismos bajo la dependencia de la esclerosis vascular.*

Desde luego, los hechos se suceden en el órden siguiente: espasmo arterio-capilar, hipertension arterial, esclerosis arterial, esclerosis visceral (cardiopatias arteriales, nefritis intersticiales.)

Las pruebas clinicas abundan. He aqui algunos ejemplos destinados á desmostrar que la hipertension arterial puede constituir por ella sola todo el estado morbido y es á ella que la terapéutica tiene que dirigirse.

Hacen siete años en un *falso* asmatico, habia notado los signos de una tension arterial exagerada y entre ellos, el retumbo diastolico de la aorta. No presentaba entónces

sino la *disnea de esfuerzo,* es decir una disnea sobreviniendo lo mas amenudo bajo la influencia de la marcha ó de un esfuerzo cualquiera. Tres años se pasan durante los cuales la hipertension arterial quedaba siempre el único fenomeno mórbido. Despues, estallan accesos anguinosos; en fin despues de un año solamente, este enfermo tiene nefritis intersticial. Hace tres años, un hombre de cuarenta y nueve años es atacado de accesos de disnea muy fuertes sobreviniendo bajo la influencia del menor esfuerzo, del acto de vestirse y de subir á su cama; tiene edemas de los miembros inferiores, y sin embargo los pulmones están inemnes, el corazon no es el asiento de ningun soplo, de ninguna aritmia; solamente el segundo ruido aortico es muy retumbante. Prescrivo, aun en la aucencia de albumina que no ha sido constatada nunca, el régimen lacteo esclusivo, el ioduro de sodio, la trinitrina, que tienen por efecto de hacer descender la tension arterial de 27 á 19. La disnea cesa, el edema peri-maleolar desaparece y desde tres años que el enfermo continua su medicacion en poco mitigada, la curacion no es desmentida, puesto que desde esta época, la tension arterial no ha pasado nunca al esfimo manómetro de la cifra 20 Este hombre no tenia ni afeccion renal, ni afeccion cardiaca y el evitará esas enfermepades si el sabe y quiere siempre moderar su tension arterial.—Hacen dos años mi amigo el Dr. Le Piez (de Saint- Germain) me hacia ver un enfermo que presentaba con accesos de opresion provocados por el esfuerzo, todos los signos de una dilatacion aguda del corazon. Le atribuye ésto y la disnea á la hipertension que yo he contrarrestado por los medios apropiados desde esta época, todos los accidentes han desaparecido definitivamente.—En el mes de Noviembre de 1887, he visto en Flers, un enfermo de edad de sesenta y cinco años atacado de accesos nocturnos de ansiedad respiratoria y disnea formidable. Todo esto desaparecia con la disminucion de la tension obtenida prontamente por la medicacion, y este hombre que se podia creer

estuviese atacado de una afeccion cardiaca grave, no sufria sino de una hipertension exesiva.—Hacen cuatro meses he observado por *casualidad* en uno de mis colegas al aynda de un esfimo-monometro en que yo queria mostrarle el mecanismo. una elevacion de la tension arterial hasta 26. Lo interrogó; y me afirma sonriéndose que él no está enfermo y que solo esperímenta sofocacion cuando camina. Pero yo habia ya observado en él un retumbo diastólico de la aorta; ahora hacen tres semanas el venia apresurado quejándose de violentos accesos de opresion y de un edema duro de los miembros inferiores.—No habia albumina en los orines, y observé mas bien por la palpacion que con el oido, un ligero movimiento de galope cardiaco.

Que es lo que prueva todo esto? Es que la hipertension arterial puede preceder durante meses y aun durante años, la evolucion de la arterio-esclerosis de la cual depende; es que la clínica debe saber reconocer desde temprano los signos de esta hipertension, afin de que la terapeutica pueda apresuradamente combatir los efectos y retardar asi el desenvolvimiento de la arterio-esclerosis generalizada.—Ahora, si la tension arterial debe ser definida el *esfuerzo de la sangre para salir del vazo*, se comprende que mas este esfuerzo será considerable, mas la irritácion inflamatoria de las paredes vasculares que termina en la arterio-esclerosis, tendrá tendencia á producirse. Los autores antiguos habian ciertamente entrevisto la hipertension arterial, cuando ellos hablaban de "pletora„ y de la "violencia del impulso de la Sangre.„

La patogenia de la hipertension arterial debe ser buscada en el estado del corazon, de la sangre ó de los vasos.

En el *corazon*, se ha tomado el efecto por la causa y si el aumento de la energia y de la musculatura cardiaca se puede, en una cierta medida, producir la elevacion de la tension arterial, ella le es lo mas amenudo consecutiva. No se atreveria nunca pretender que la hipertrofia cardiaca pueda y deba siempre preceder al estrechamiento de orificio. Lo mismo, esta

hipertrofia debe ser consecutiva á el obstaculo ó al estrechamiento creado en la estremidad del árbol circulatorio por el espasmo arterial.

La *cantidad* y la *calidad* de la *sangre* tiene una influencia restringuida, pero real. Si el elemento acuoso del liquido nutricio es aumentado (pletora serosa), debe resultar la hipertension arterial. Asi es permitido de observar amenudo un desacuerdo entre la ingestion de los liquidos y la escresion orinaria, este desacuerdo existe cuando un individuo bebe por ejemplo, dos litros de liquido por dia y que el espulsa solamente un litro de orina. Desde luego, la medicacion terepeutica consiste en prevenir la retension acuosa y en restablecer el equilibrio, siempre teniendo en cuenta de las pérdidas de los liquidos sufridas por el organismo por medio de los diversos emuntorios (secresion sudoral, exhalacion pulmonar).

La *calidad* de la *sangre* juega tambien un cierto rol: por ejemplo el saturnismo determina, como se sabe, una hipertension arterial; si ésta última resulta primero del estado espasmódico del sistema vascular, ella es debida igualmente al estado de los globulos rojos, vueltos mas voluminosos, mas adherentes á las paredes de los vasos, y determinando asi un obstaculo á la corriente circulatoria.—En fin la sangre puede todavia encerrar produtos tóxicos debidos á la retension de los meteriales de desgaste que los diversos emuntorios no pueden mas que insuficientemente eliminar. Es esta tambien una causa de espasmo vascular y de hipertension arterial.

Pero es sobretodo en el estado del sistema arterial periferico, en el *espasmo de las arteriolas y de los capilares* que se debe de atribuir la causa real de esta hipertension. Este estado espasmódico-pasagero y permanente y la hipertension arterial que es la consecuencia, han sido atribuidos con error por Grall y Sultton, Mohamed, Johnson y casi todos los autores estrangeros ó franceses, solamente á la nefritis intersticial. Ahora es necesario referir, no á esta última enferme-

dad, sino al espasmo arterial todos los síntomas que se han puesto bajo la dependencia de las lesiones renales: las algideces locales, los accesos de palidez y de enfriamiento, los síncopes y asficias locales de las estremidades. la desigualdad pasagera de los pulsos radiales, ciertos ataques de disnea y de angor pectoris, ciertas dilataciones agudas del corazon, etc.

Entre las *causas* bastantes numerosas de la hipertension arterial, es necesario citar: la *gota*, que es á las arterias lo que el reumatismo es al corazon *el artritismo*, la *intoxicaciou saturnina*, el *tabaquismo* (el tabaco determinando la vaso-contriccion, como lo ha demostrado Cl Bermard) el *abuso de las bebidas* que es necesario no confundir con el alcoolismo (este y la sifilis produciendo mas raramente la arterio-esclerosis)— Segun Broadhment, la *herencia* debe tambien ser invocada, y es sinduda asi que las cardiopatias arteriales son amenudo hereditarias. Es necesario tambien añadir la *pobreza*, la época de la *juventud* y de la *menopausa*, el *estado gravido*. Enfin las *emociones* determinando amenudo accesos de espasmo vascular, pueden contribuir por su parte á producir la hipertension arterial de una manera pasagera ó permanente. La existencia del espasmo arterial bajo la influencia de la menor emocion es demostrada por la esperiencias de Mobas á la ayuda de su aparato, el *peciomograjo*—Es un vaso largo en que el cuello es serrado por medio de un tapon atravesado por un tubo lleno de agua; cuando despues de haber sumergido la mano y el antebraso en el vaso, se provoca una emocion aun liguera, se ve inmediatamente descender el agua en el tubo. lo que no puede esplicarse sinó por la disminucion de la irrigacion sanguinea debida al espasmo arterial. Y bien, suponed emociones prolongadas subitrantes, y vos asistireis entónces á un estado casi permanente de espasmo vascular y de hipertension arterial. Es asi como nace el bocio exoftálmico, la enfermedad emocional por exelencia y caracteriza-

da por la elevacion de la presion vascular, cóntrariamente á la opinion generalmente admitida.

Desde luego, las emociones fuertes y repetidas pueden determinar las afecciones cardiacas por su accion incesante sobre el sistema circulatorio periférico. Es ahí una de las razones por las cuales la arterio-esclerosis es segun mis observaciones, tan frecuente en nuestra profesion. Ella es la *enfermedad de los mèdicos* puesto que su profesion es la de las emociones y del estímulo.

Entre los *sintomas* funcionales de la hipertension arterial, es necesario citar la opresion, la disnea de esfuerzo, las palpitaciones teniendo un carácter penosò y doloroso, á veces una ligera sensacion de ansiedad precordial, algideces locales, acceso de palidez de la cara, etc.

Yo añado aun con Broadbent. la tendencia á la somnoléncia, la cefalalgia, los vértigos, ciertas neuralgias, en una palabra, la mayor parte de los accidentes producidos por el espasmo arterial. A veces se observa en el orificio mitral un *soplo* breve, rápido, postsistólico, que tiene por carácter de ser transitorio, de acompañarse amenudo de dilatacion aguda del corazon y de desaparecer con el espasmo vascular. Es este un signo fisico importante. Pero existen otros mas constantes: en la hipertension arterial, todo el esfuerzò del liquido sanguineo se hace sentir sobre la aorta que se ensancha y sufre alternativas de dilatacion y de retraccion segun las variaciones de presion arterial. Esta *extasia aórtica* no es sinó un síntoma, no constituye todavia una enfermedad pero puede dar lugar á una ìnsuficiencia aórtica funcional y pasagera. Mas tarde la aorta es *forzada*, y sufre una dilatacion permanente. y se observa á demas, la elevacion de las arterias subclavias. Pero uno de los signos los mas importantes es el *retumbo diastólico de la aorta* en golpe de martillo (semejándose á veces á una cuerda vibrante y aprócimándose del ruido *clangoreuxe* de Noél Gueneau de Mussy), Se le observa lo mas amenudo hacia el segundo espacio inter-costal

derecho, á veces delante del esternon, mas raramente al nivel de la punta del corazon hacia dentro del mamelon. Al mismo tiempo el choque precordial es aumentado, dando al organo el carácter del *corazon impulsivo*; despues se ve sobrevenir á veces *accesos* de *dilatacion aguda del corazou* ó de hiposistolia pasagera en los casos en que la hipertension es instantanea y transitoria; pero cuando ella es continua ella se termina por la dilatacion permanente y enseguida por la hipertrofia del corazon. Los latidos de las arterias del cuello, de las regiones temporales, son exageradas; el pulso radiales fuerte, vibrante, concentrado, tenso *cordado*, como decian los antiguos; pero á veces tiene las apariencias de pequeñeza, y uno se asombra al observar al esfirno-manometro una fuerza que no se sospechaba á la simple palpacion con el dedo; mas raramente es dicroto, lo que prueva una vez mas, que el dicrotismo no es siempre en relacion con una disminucion de la tension arterial.

Puesto que la hipertension arterial es siempre preexistente á la arterio-escterosis, puesto que ella es la causa por el intemediario del espasmo vascular, las *indicaciones terapéuticas* se *imponen*.

Es necesario sostener el esfuerzo del corazon y disminuir los obstaculos periféricos: es necesario separar todo lo que es capaz de llevar la vaso-construiccion y la hipertension arterial: entre los medicamentos, el cornezuelo de centeno, el ceoral, el plomo, la belladona, etc. Es necesario proscribir el café, el té, las bebidas abundantes, los licores y las cervezas fuertes, el vino puro, el tabaco, los ecxesos de mesa, el abuso de carnes negras especiadas, una alimentacion muy rica y muy azoada; las emociones, los esfuerzos, bajo todas sus formas. Como la hipertension arterial es, en una cierta medida, de origen tóxico; á consecuencia de la eliminacion incompleta de los desgastes orgánicos, es necesario proscribir desde temprano los caldos y los potages grasos que son verdaderas "soluciones de

veneno„ (Gaucher) para todos los enfermos en que la depuracion urinaria es incompleta—A este punto de vista, la carne de buey y el pescado son igualmente nocivas.

Se pueden ordenar todos los medicamentos que dan lugar á la vaso-dilatacion y al descenso de la arterio-tesion: el opio, el acónito, la trimitrina, el nitrato de amilo, los ioduros. Debeis recomendar una alimentacion mixta, compuesta sobre todo de carnes blancas, de legumbres frescas y herbaceas las bebidas diluidas de agua, bebidas discreticas, el lechage, etc. En ciertos casos, cuando la plenitud vascular es considerable, hay indicacion de prescribir el régimen seco de Chomel.—En fin, es necesario desde temprano favorecer las funciones de la piel por baños repetidos, lociones frias y sobretodo por fricciones excitantes practicadas amenudo y regularmente sobre los miembros, esos diferentes medios teniendo por fin y por resultado de favorecer la circulacion sanguinea en la periferia y de combatir en los enfermos amenasados de arterio-esclerosis, la tendencia á la vaso constricccion.

Tales son las principales indicaciones terapeuticas que nos suministra el conocimiento de la hipertension arterial, Es este un nuevo sujeto de estudios muy importantes en este siglo en que se vive mucho y muy ligero, y en que el aparato circulatorio y el nervioso hacen el siglo dela neuropatia y de la arterie-esclerosis—Vos sabeis mientras tanto que ésta es siempre precedida y producida por la hipertension arterial. Desde luego, reconocer esta última, antes aun la aparicion de la esclerosis vascular, no es solamente hacer acto de clinico, es tambien y sobretodo contribuir á la obra de la única terapeutica eficaz y cierta: la terapeutica preventiva.

(De la Semaine Medical)

Relaciones de las cardiopatias con el embarazo (por el Dr. Jaocoud)—Señores: Hace ya algún tiempo os referí la historia de una enferma atacada de afección mitral y las ningunas consecuencias que había tenido la aparición de un embarazo sobre el estado de esta mujer.

Otro ejemplo, completamente semejante, me induce hoy á volver sobre esta cuestión.

Se trata de una enferma de 32 años, costurera, que entró el 15 de Junio en la clínica con hinchazón de las piernas y ligera dificultad en la respiración.

En 1873, esta enferma tuvo un ataque de reumatismo articular agudo. El ataque ha debido ser grave, pues duró muchos meses. Es probable que ya en esta época el reumatismo visitara el corazón, en vista de que después la enferma quedó sujeta a palpitaciones y á sofocación al subir las escaleras.

La salud se conservó buena durante un tiempo bastante largo, hasta Marzo de 1886. Entonces hnbo un segundo ataque de reumatismo articular agudo, que fué tratado en el Hôtel-Dieu, en donde la enferma permaneció dos meses. Aquí, sabemos que hubo que atender al corazón y al pecho, pues se le aplicó ventosas escarificadas sobre la región precordial y vejigatorios sobre la pared izquierda del tórax.

La enferma declara además no haber tenido esputos de sangre. Al cabo de dos meses volvió al mismo estado de salud de antes.

A fines de Noviembre ó á principios de Diciembre de 1886, se hizo embarazada.

En los primeros meses, sufrió alguno de los accidentes propios del principio del embarazo, particularmente vómitos; pero no experimentó ninguno que pudiera referirse á la cardiopatía. Pero á comienzos de Mayo notó dificultad para respirar é hinchazón en las piernas. No hizó cama, la hinchazón llegó hasta la raíz de los miembros,

sobrevino tos, sin espectoración alarmante, y los fenómenos fueron agravándose poco á poco, en vista de lo cual se decidió á entrar en el hospital.

A su entrada, encontramos edema de las piernas, edema que se explicaba por tres causas: embarazo de 6 meses y medio, afección cardíaca y varices superficiales. Se podía aún sospechar una cuarta causa, que importaba comprobar: albuminuria. Pero esta no existía en absoluto. Recordad que sucedia exactamente lo mismo en la otra enferma.

La cardiopatía es tipo. — A la *inspección:* corazon voluminoso, cuya punta late por fuera del pezón. — A la *palpación:* estremecimiento vibratorio y prolongado en la punta, ocupando todo el sístole, al que se adelanta. — *Auscultación:* en la punta, tipo de roce presistólico; después soplo, que ocupan el primer tiempo y el pequeño silencio. En una palabra, todos los ruídos, salvo el segundo chasquido, están oscurecidos por el soplo. Se trata, pues, de una *estrechez mitral tipo.* Además, en la base, ligero soplo en el primer tiempo en el foco aórtico, y sobre la mitad del esternón, ó en el segundo espacio intercostal izquierdo, frote muy claro.

El reumatismo articular se ha acompañado, pues, de endopericarditis, la cual ha dejado como reliquia una estrechez mitral, una ligera estrechez aórtica y además membranas en el pericardio.

Es muy probable que estas alteraciones provienen del ataque de reumatismo de 1873, pues la sofocación y las palpitaciones datan de esta época. No obstante, no poseemos pruebas ciertas. Pero si no ha sido en 1873 cuando el corazón fué atacado, ha de haber sido, en todo caso, en 1886. Y el embarazo no se ha verificado hasta fines de Noviembre. La enfermedad ha precedido, pues, de muchos años (según mi modo de ver), ó almenos de muchos meses, al embarazo. Esta enfermedad era una lesión mitral, es decir, la que segun ciertos autores es más temible quando sobreviene un embarazo.

Peter y sus discípulos han anunciado que el embarazo agravaba de tal modo las lesiones mitrales preexistentes, las hacía tan peligrosas, que convenía prohibir formalmente el matrimonio á las personas atacadas de estas lesiones. Efectivamente, Peter presenta en sus lecciones una serie de casos en verdad terroríficos.

No obstante, estas conclusiones me parecen en absoluto exageradas. Fijémonos bien en la gravedad de esta cuestión, si se tiene en cuenta sobre todo que las lesiones mitrales no son raras.

Por otra parte, no todos los casos invocados por Peter son demostrativos. En muchas de estas observaciones, los enfermos habían ya esperimentado accidentes graves á consecuencia de su lesión y el embarazo sólo habia sido una causa ocasional de más.

Así mismo, si nos referimos á la enferma de que os he hablado en una precedente lección, habíamos tenido ocasión de estudiarla antes de su embarazo, pues que ya había permanecido seis meses en la clínica á causa de su enfermedad. Cuando volvió á estar en cinta, pasó unos últimos meses de embarazo muy penosos. Pero no estuvo ni más ni menos enferma de lo que habia estado durante su precedente estancia, cuando no estaba embarazada. Ahora bien, si no hubiéramos visto precedentemente á esta enferma, si hubiera entrado en la clínica en estado de embarazo, no hubiéramos dejado de atribuir á este embarazo todos los fenómenos que observabamos, y con ello habriamos cometido un completo error.

No creo, pues, que deba darse una contestación idéntica en todos los casos. Hay muchas cuestiones que plantear.

Si la enferma ha sufrido ya ó no por el hecho de su lesión cardiaca.

1º *Si la enferma no ha sufrido jamás,* no veo ninguna razón para prohibir el matrimonio. Sin embargo, es preciso tener en cuenta las *condiciones sociales* de la joven. Se trata

de saber si, cuando esta mujer se haga embarazada, se verá obligada á trabajar ó si podrá seguir los consejos médicos y pasar la última mitad de su embarazo en un reposo casi absoluto. En el primer caso, hay mucho que temer. No obstante, en esta primera categoría valdrá más inclinarse hacia la autorización.

2º *La enferma ha tenido ya accidentes de asistolia antes del matrimonio.* — Existen todas las probabilidades de que, sobreviniendo un embarazo, los accidentes se reproduzcan hacia el cuarto ó quinto mes. Aquí aún, tampoco puede darse una contestación absoluta. Es preciso examinar cuáles han sido los accidentes que se han presentado. Si se trata de un poco de edema, de palpitaciones, estos accidentes no tienen una gran gravedad. Pero no ocurre lo mismo con la disnea y las hemoptisis, sobre todo si se une albuminuria. Estos accidentes se reproducen casi fatalmente hacia el cuarto mes del embarazo y como durarán tanto como éste, no se seguro que la enferma sobreviva. Aquí, pues interdicción del matrimonio.

Se ha sobre todo temido a las lesiones mitrales. Pero las lesiones aórticas son igualmente graves. Solamente que, como se comprenderá los accidentes que hay que temer son diferentes: aqui lo que hay que temer son los accidentes cerebrales. Las consideraciones que deben tenerse en cuenta serán las mismas: es preciso considerar el estado anterior, el carácter de los accidentes que han existido, las condiciones materiales en que se encontrara la mujer; por último, punto delicado, es preciso tener igualmente en cuenta las *aspiraciones morales* de la joven. En un caso de mi práctica privada esta última consideración habría bastado para decidirme.

La joven deseaba este matrimonio desde hacía dieciocho meses. Tenía una lesión aórtica. Pues bien, si se le hubiera llegado á decir, apoyándose en razones más ó menos corrientes, que tenía que renunciar á este matrimonio, hu-

biera habido que temer un síncope, que podía ser mortal. ¿Y cuál es el mayor peligro en las lesiones aórticas? El síncope, ya lo sabéis.

En el caso de la enferma que ha sido objeto de la presente lección, aunque el embarazo ha llegado ya á los 6 meses y medio, todo va perfectamente. La lesión mitral no se ha agravado en lo más minimo. El embarazo no ha modificado en nada la situación de esta mujer. Es el segundo ejemplo semejante que vemos este año, prueba de que el pronóstico sentado por Peter es demasiado severo.

(de *La Gaceta Médico Catalana*)

Transmision de la rabia por los nervios—*Estudio clínico-experimental hecho en el laboratorio Cantani por los Dres. A. de Vestea y G. Zagari (La Psychiatria).* — Los esperimentos de Vestea y Zagari tienden á afirmar la teoria nerviosa, contra la sanguinea, de la trasmisión del virus rábico por el organismo, á la par que hacen buena la opinión en tal sentido de diversos escritores de medicina humana y veterinaria, basada principalmente en el hecho de la larga incubación, de la influencia de la edad del sujeto y de la del sitio inoculado, resultando de los datos estadisticos, que el periodo incubativo es tanto más corto cuanto más joven es el herido y tanto más lenta es la evolución del mal cuanto más dista de los centros nerviosos el punto lesionado.

Apesar de la contraria opinión sostenida por Pasteur, esto es, que *la absorción del virus rábico se hace por el sistema sanguineo*, los autores se sirven de los mismos experimentos del ilustre maestro para demostrar su tesis; y á este efecto observan que en los conejos inoculados por el método de Pasteur, debajo de la dura madre con el virus llamado *fijo*, durante cierto tiempo es *virulento el bulbo, pero aun no la porción lumbar de la médula.* Prúebase perfectamente inoculando virus bulbar y virus caudal de un conejo sacrificado

antes de presentarse la parálisis de los extremos posteriores á otros dos conejos: el inoculado con el primer virus se infeccionará; el segundo quedará indemne.

Antes del periodo de parálisis y por lo tanto durante el llamado de incubación, los autores han observado un movimiento febril caracteristico, desde el 5º al 7º dia, desde cuyo punto baja rápidamente la temperatura hasta alcanzar la del ambiente, coincidiendo con los primeros sintomas de parálisis.

En confirmación de los anteriores experimentos, los autores extraen sangre de las venas de los conejos que no han presentado aún la parálisis mediante la jeringa esterilizable de Tursini, é inoculándola enseguida á otros animales previamente trepanados, el resultado ha sido siempre negativo. De aquí deducen la siguiente consecuencia: *antes del periodo paraplégico pasa el conejo inoculado por un estado durante el cual la sangre no está todavía infeccionada, en tanto que el virus existe positivamente en la porción alta de la médula.* A lo largo del eje cérebro-espinal encuentra el virus rábico elemento favorable de cultivo, así como otros microbios lo encuentran en la superfice de una patata.

Este modo de ver se confirma por medio de las *inoculaciones directas del virus rábico en el espesor de los nervios,* practicadas por Vestea y Zagari en 48 conejos, con tanto éxito que pueden afirmar del modo más terminante que *este método de inoculación es tan seguro como él de la inoculación sub-meningea.*

Por lo que respecta á la duracion del periodo de incubación, en los animales inoculados en los nervios, es un poco más larga que en los trepanados. Si la inoculación se hace en la vaina del mismo, la enfermedad tarda más en presentarse. Puede dejarse sentados que es tanto más segura la infección y tanto menos largo el periodo incubativo, *cuanto más paranquimatosa es la inyección y más traumatizado queda el nervio,* lo cual permite suponer que no es por la

vaina linfática, sino por el mismo tegido del nervio por donde se trasmite la infección y esto, aún seccionando y cauterizando el nervio por encima del punto inoculado.

Por último, la manera como se desarrollan los síntomas de la intoxicación rábica, así se introduzca el virus submeningea como nerviosamente, prueba que se trata de un proceso curioso, *progresivamente ascendente ó descendente, segun la situación de continuidad entre el eje cérebro-espinal y el punto inoculado.*

Todas estas observaciones y experimentos hablan muy alto en favor de la trasmisión del virus rábico por la via de los nervios, y sin negar los autores de la memoria la posibílidad de infección por la via sanguinea dejan sentado que en la mayoría de casos *la mordedura de un animal rabioso es equivalente à una inoculacion intra ó perineurótica.*

Por medio de esta teoria se explica el por qué resultan ìnocuas tantas mordeduras, independientemente de las condiciones más abonadas para que el virus produzca sus totales efectos. También por su medio tienen cumplida explicación los siguientes hechos: 1º la exacerbación dolorosa de la mordedura á titulo de sintoma podromico; 2º la mayor frecuencia de inoculaciones cuando las mordeduras han sido hechas en la cara ó en las manos, ó sea, en los puntos más ricos en elementos nerviosos; 3º la excepcional gravedad de las heridas profundas como las producidas por la mordedura del lobo, que importan el virus hasta los grandes nervios de los miembros.

Los experimentos arriba citados permiten, por otra parte fijar una relacion constante *eure el punto de la mordedura ó de la inoculacion y la forma clínica de la rabia,* y segun sea el mediano ó el ciático el nervio inoculado, reviste la enfermedad el *tipo espinal superior (cortico-bulbar)* ó el *espinal inferior ó espinal propiamente dicho,* respectivamente equívalente á las fprmas *furiosa* y *paralitica* descritas por todos los autores. Y no esto solo: si el nervio inoculado cumple una

funcion especial, se produce una forma nueva de rabia conforme observaron Vestea y Zagarí en un perro al que inocularon el *nervio vago* con virus fijo. El animal continuó bien hasta el undécimo dia, que se puso triste y se inició la parálisis y más tarde se preséntaron *vómitos* y *accesos de disnea,* con decúbito forzado del lado de la inyección, aumentando la sofocación cuando se le echaba del lado opuesto.

A su vez la clínica humana confirma en multitud de casos la citada relación entre el punto de la mordedura y la forma de la dolencia, á cuyo efecto citan los autores varias historias clínicas, de las cuales resulta que en los enfermos mordidos en los extremos inferiores empieza la enfermedad por sintomas espinales *(estimulo vesical y excual, paresia y parálisis de los miembros abdominales)* y acaba por sintomas bulbares y corticales (disfagia, disnea, hidrofobia, aerofofia, delirio, etc.); en tanto que en los mordidos en los extremos superiores ó en la cabeza, se observa la forma clásica de la rabia, caracterizada por la sucesión rápida de los fenómenos corticales y bulbares, que á menudo no dan tiempo para manifestarse los trastornos paralíticos.

Como apéndice á su trabajo, Vestea y Zagari han publicado el siguiente importante experimento confirmativo de la trasmisión del virus rábico por los nervios. Trátase de circunscribir la infección en uno de los miembros posteriores, merced á la sección completa de la médula espinal seguida de la inoculación del virus en el nervio ciático. El 15 de Julio (1887) se seccionó la médula á un conejo y el 20 se le inoculó virus rábico en el ciático *izquierdo.* Fué sacrificado el 1º de Agosto con el objeto de inocular á otros tres animales, respectivamente virus del *ciático derecho,* de la *cola de caballo* y de la *médula cervical.* El ínoculado con sustancia de la médula cervical sobrevivió sin haber sufrido trastorno alguno; los dos restantes murieron de rabia al cabo de ocho días y sus medulas fueron así mismo virulentas.

(de *La Gaceta Médica)*

LIQ. EUONYMIN ET PEPSIN CO.

(OPPENHEIMER'S)

DOSIS, UNA CUCHARADITA DE AGUA DESPUES DE LA COMIDA

Esta excellente preparacion es una combinacion de Euonimina (de la cual por un método especial se han estraido sus propiedades medicinales) con Pepsina pura, formando un liquido soluble y concentrado.

La propiedad estimulante y la accion colagógica de la Euonimina sobre los órganos biliosos, en union con la Pepsina para (cuyas propiedades antidispépticas son universalmente reconocidas) del Licor Euonimina y Pepsina compuesto, han siempre dado los mejores resultados en los casos de dispepsia irritante con atonia de las capas musculares intestinales ó gástricas y especialmente aliviando los dolores que acompañan la carcinoma gástrica, la pirosis, y en la dispepsia con acidez en el estómago.

El señor Dr. D. Juan Alston M. D. nos escribe desde Buenos Aires.

" Tengo el gusto de participar a Vds. que habiendo usado su Licor Euonymin " et Pepsin Comp., he obtenido resultados muy satisfactorio en muchos casos de " dispepsia y resfriados. Estoy convencido de que solamente el gusto agradable " que tiene lo colocará muy favorablemente entre los muchos medicamentos apli- " cados en estos casos, especialmente porquè los estòmagos los mas endebles lo " soportan con mucha facilidad.„

El señor Dr. D. Antonio Arraga, calle Paraná 576, Buenos Aires, escribe en Setiembre de 1887.

" Debo declarar que el Licor Euonymina y Pespsina preparado por la casa de Oppenheimer Bros, y Co. de Londres, es una buena preparaciou y presta excelentes servicios, siempre que se quiera estimular la secrecion biliar. Yo le he usado como colagogo en ciertos casos de replecion hepática; tambien me ha dado buenos resultados en ciertos trastornos gástricos.„

El señor Dr. D. Colbourne, calle Alsina. Buenos Aires, Noviembre 1885.

" Tengo mucho gusto de certificar la elegancia y eficacia del Licor Euonymin et Pepsin Comp.„

El señor Dr, D. Alberto Finck nos dice desde Buenos Aires, Noviembre 1885:

" He hecho frecuentemente uso del Licor Euonymin et Pepsin Comp. y el resultado ha sido muy satisfactorio; los niños lo toman con facilidad y con provecho. Lo recetaré siempre que tenga ocasion.

PREPARADO ÚNICAMENTE POR

OPPENHEIMER BROTHERS y Cº.

DROGUISTAS Y FARMACÉUTICOS

1 & 3 Sun Street; Finsbury Square, Londres

Agentes al por mayor

Buenos Aires	*Rosario*	*Cordoba*
Fibson Rolon y Cª.	M. J. Navarro y Gietz	J. Toffanelli y Cª.

Setiembre de 1888

ANALES

DEL

Círculo Médico Argentino

AÑO XI—1888 BUENOS AIRES TOMO XIII N. 9

CORRESPONDENCIA

LA CLINICA QUIRURGICA DE BERNA

La capital de Suiza, con sus 48.000 habitantes y su millon y medio de francos de renta al año, solo ha podido tener, como tiene, un hospital modelo gracias á la iniciativa particular; hace varios siglos se hizo un legado para la construccion y el mantenimiento de un asilo, y ese capital ha llegado á ser suficiente para la creacion del establecimiento actual. Destinado este especialmente á la enseñanza, tiene un gran instituto patológico, y salas muy bien dispuestas para las demostraciones prácticas; por eso, por ser adecuado á una temperatura media muy inferior á la de Buenos Aires, y por su solidez se distingue principalmente de nuestros buenos hospitales nuevos. Es suburbano, de pabellones separados, casi todos de dos pisos, con sobretecho, y tiene la mitad de sus 240 camas destinada á casos de cirujía, entre los que figuran hombres, mujeres y niños.

Entre esos casos hay muchos de artritis tuberculosa, de osteitis y periostitis, de sarcoma y carcinoma; pero relativamente son mas frecuentes los vicios de conformacion y el bocio simple. Los cálculos urinarios son muy raros; los aneurismas no traumáticos de todo punto excepcionales.

En un mes de asistencia á las clínicas, he visto casos de labio leporino simple, de labio leporino bilateral, de division de la bóveda palatina, de epispadias, de pié equino, de pié varus, de escoliosis. Con la frecuencia de estas deformidades de órden quirúrgico, coincide la de otras de diferente órden, como la sordera.

Los estrechos valles de los Alpes berneses proveen abundantemente de cotos las salas de cirujía; bajo ese punto de vista nada tienen que envidiar á Suiza nuestras provincias de Jujuy y Salta.

Aquì, pues, se hace una clínica estensa sobre tumores del cuerpo tiroides y su tratamiento. He visto una jóven enferma en que el adenoma tiroides, coincidia con un neoplasma análogo de la mama izqnierda; y un caso de bocio hemorrágico, en que el tumor habia duplicado de volúmen en el espacio de algunas horas; la operacion justificó despuès el diagnóstico. El profesor Teodoro Kocher, y los doctores Girard y Nichaus, ayudados por sus asistentes, que son todos médicos, tienen á su cargo la seccion quirúrjica del hospital. Kocher es una notabilidad; le ha faltado un teatro extenso y por eso no figura á la par de Billroth y Volkmann, ha hecho estudios importantes sobre la tiroidectomia, é importantísimos sobre las luxaciones del hombro y de la cadera, y sobre las heridas de armas de fuego; ha observado por primera vez la caquescia estrumípriva, ha escrito un gran tratado sobre las enfermedades de los órganos genitales del hombre, y ha creado varios procedimientos operatorios. Berna honrará con el tiempo su memoria como actualmente honra la de Haller.

Kocher dá á su práctica un carácter de atrevimiento, qne se refleja en la de sus dos colegas de hospital; practica la laparotomia esploratriz, reseca el intestino desde que encuentra peligro en dejarlo intacto, trata las hernias reductibles por la operacion radical, repone al descubierto en su lugar los huesos dislocados é irreductibles, y estirpa regularmente

los tumores tiroideos. Durante el año 87 se han hecho en el hospital de Berna 81 tiroidectomias; Kocher lleva hechas este año mas de 25, y en toda su pràctica mas de 400; las 81 del año pasado dieron un caso de muerte. Los resultados de las herniotomias no son menos satisfactorios; sobre 24 hechas el año pasado, en que están comprendidos las por hernia estrangulada, solo hubo un caso fatal.

Los buenos resultados que justifican una conducta tan emprendedora y activa, son obtenidos por la aplicacion severa del método antiséptico. Me he convencido de que nuestra clínica, muy adelantada en ciertas cosas, no lo está tanto en lo relativo á antisepsia; yo he ayudado en muchas operaciones sin haberme lavado bien las manos; y he visto durante una quelotonia, á uno de los espectadores meter su dedo nada aséptico por el anillo herniario en la cavidad peritoneal, simplemente por satisfacer su curiostdad.

Aquí son mas estrictos en la práctica del método de Lister. La asepsia tiene un gran papel; los estudiantes no asisten á la visita diaria de las salas; ven los enfermos llevados para eso á la sala de conferencias, donde tambien y desde sus asientos ven hacer ciertas operaciones; los operados están as libres de mas de un contacto peligroso. Para las operaciones que exijen una antisepsia especialmente rigurosa, hay una salita independieute, en cuya puerta se leen las siguientes prescripciones:

1º Las personas que asistan á las operaciones deben no haber estado el mismo dia ó los dias anteriores en contacto con enfermos ó materias infecciosas.

2º Tienen que presentarse con ropa blanca recientemente puesta, y con vestidos que no hayan sido usados en la asistencia de enfermos infecciosos, sus cursos de Anatomía, ó en el Instituto Patológico.

3º Tienen que quitarse el saco, el chaleco y la corbata, fuera del sitio de las operaciones.

4º Deben no tocar objeto alguno de la sala de operaciones,

como instrumentos, esponjas é hilos, ni tomar parte en manera alguna en las operaciones.

El cirujano y sus ayudantes no operan de frac, como Pean; se quitan la levita ó el saco, se arremangan la camisa, se ponen un gran delantal impermeable, que cubren con otro de hilo empapado en una solucion antiséptica cuando la operacion exije mucho cuidado, y tambien unos grandes zuecos, porque el suelo despues es inmundo por los líquidos antiséptioos, sangre, etc.

Se emplea el bicloruro de mercurio como principal agente desinfectante, en solucion al 1 por 1000 ligeramente coloreada con eosina, y en solucion al 2 por 1000, ligeramente colo reada con floridzina. La primera es empleada en la curacion de las heridas, para humedecer sus bordes, y para limpiar las partes delicadas; durante una enterectomia, por ejemplo, se lava con ella el intestino. La segunda, tan fuerte que es necesario agregarle cierta cantidad de àcido tartárico para impedir su descomposicion, es usada por los operadores para bañar sus manos despues de un prolijo lavado con jabon y escobilla, para la region á operar, para empapar los paños con que cubren al paciente con intermedio de una capa inpermeable, etc.

Las esponjas, muy poco usadas, son sometidas á la accion de la solucion al milésimo; se las reemplaza casi por completo con algodon y gaza antisépticos y húmedos,

Los instrumentos son somettdos á la accion del agua en ebullicion, y puestos despues en una solucion de ácido fénico al 5 por 100; es lo único en que se emplea el gran agente de la curacion de Lister.

No se emplea el spray, el mackintosh ni el protective.

Para las curaciones se usa gaza biclorurada y gaza iodoformada. La preparacion de la primera es tan sencilla y barata, que es posíble gastarla en grandes cantidades; se pone gaza comun en la solucion al milésimo de bicloruro de mercurio, se la deja en elln durante 14 horas, y despues se le enjuaga

pasándole entre dos cilindros compresores de Cautchut; esta gaza, así ligeramente húmeda es la que se emplea en las curaciones ordinarias, es decir, cuando se espera la reunion por primera intencion. La iodoformada, que es al mismo tiempo biclorurada, se emplea en todas las heridas abiertas. Sobre la gaza se pone una almohadilla de lana de madera, compuesta de ramitas muy finas de cierta variedad de pinos, cuya ventaja es, segun dicen, la de mantener una capa seca alrededor de la herlda. Sobre la almohadilla, un vendaje generalmente muy mal hecho.

Kocher emplea exclusivamente seda para las ligaduras y suturas, seda esterilizada por la solucion al milésimo de bicloruro de mercurio, para lo que la conserva en un carretel de vidrio con piè, muy sencillo y muy cómodo, sumergido en un frasco de la solucion. Tiene una gran confianza en su inocuidad, no hace sino ligaduras perdidas, y en las heridas que requieren una sutura profunda y otra superficial, abandona el hilo de la primera en el espesor de los tejidos; en una enterectomia le he visto dejar en las túnicas intestinales veinte y cinco ligaduras, y una doble sutura.

Siempre que puede cerrar una herida tan exactamente que no quede cavidad ninguna, Kocher no emplea el drenaje; la reunion por primera intencion es así mas segura. Cuando lo emplea, nunca pone el tubo en la misma herida operatoria; prefiere practicar para él un orificio especial, porque esto reune dos ventajas, la de poder hacer siempre el drenaje por la parte mas declive de la cavidad ó drenar, y la de alejar los inconvenientes que la presencia del tubo pondria á la reunion de la herida principal. Usa tubos de vidrio, de los que tiene de diversos largos y calibres, agujereados y curvos.

Aquí no se emplea la venda elástica de Esmarch para hacer la hemostasia preventiva; se limitan á aplicar un tubo compresor sobre el miembro, despues de mantenerlo elevado durante algun tiempo; consideraciones teóricas inducen á mirar esta práctica como la mejor.

Además de la ligadura, que emplea mucho para hacer la sotaemsiha definitiva, Kocher usa la torsion, pero la torsion ilimitada, la que aconseja Tillaux en su tratado de Cirujía Clínica; consiste en hacer la votacion de la pinza compresora, hasta que se desprenda con el pedazo de vaso corrompido.

Me ha llamado la atencion ver exclusivamente usada por Kocher la sutura contínua, idéntica á la costura de los sastres, que figura en los libros de Medicina Operatoria con el nombre de sutura *en surjet.* Generalmente empieza por poner unos pocos puntos profundos, que apreta mucho; despues, con un hilo muy largo y sin porta-aguja, completa la sutura, para facilitar la cual, un ayudante tira de los ángulos de la herida por medio de crinas, á fin de hacerla lo más rectilínea posible. El resultado inmediato es feo; la herida queda casi siempre formando un reborde saliente, pero la coaptacion de sus labios es perfecta; esta sutura es además de una ejecucion muy rápida. La he visto emplear en heridas operatorias del cuello, de la mama, del abdómen, del escroto, de los piés, de muñones de la pierna y del muslo.

Kocher retira muy pronto las suturas, generalmente un dia despues de ponerlas; esa práctica esta muy de acserdo con el resultado que ordinariamente obtiene en sus operados, la reunion por primera intencion.

Como no tengo mas que decir sobre generalidades, voy á mencionar especialmente algunos de los casos que he visto.

El mas interesante ha sido uno de esplenectomia, operacion que solo ha sido hecha hasta ahora unas cuarenta veces. Se trataba de una enferma de 51 años, que desde hacia cinco años notaba desarrollarse en su vientre un tumor, que habia llegado á ser enorme. Se diagnosticó hipertrofia simple del bazo, y se resolvió su extirpacion.

Kocher abriò la cavidad abdominal por una incision mediana de más de 20 centímetros, con una ramificacion perpendicular á la izquierda, y extrajo el órgano hlpertrofiado, despues de ligar los vasos del pedículo, que era muy extenso

estando formado no solo por los vasos del híleo, sine tambien por adherencias anormales con las partes vecinas. El bazo extirpado presentaba una superficie lisa, una forma normal con las hendiduras del borde anterior, y un peso 3.530 gramos, es decir, aproximadamente uuo cincuenta veces mayor que el normal. Las consecuencias de la operacion fueron inmejorables, y hoy la operada se ve libre de las incomodidades y peligros de su estado anterior.

He visto dos casos de enterectomia. El primero fué un hombre jóven que entró al hospital diez y ocho dias despues de comenzar á sufrir los síntomas de un estrangulamiento herniario; tenia una hernia ingurinal externa. Kocher hizo la herniotomia, y aunque no encontró el intestino gangrenado, creyó preferible resecarlo ó reducirlo en condiciones dudosas de vitalidad; la porcion resecada fué de cinco centímetros; ocho ó diez dias despues de la operacion, el paciente se levantaba.

La segunda enterectomia fué practicada en una mujer jóven, de constitucion robusta que tenia un ano contranatura en la ingle derecha, por una parte de cuyo orificio hacia hermia la mucosa intestinal prolapsada. Kocher diagnosticó una fístula del intestino delgado, fundado sobre todo en los caractéres de las materias eliminadas, y resolvió tratarla por la enteroctomía. Rodeó con dos incisiones curvas el orificio anormal, y fué profundizándolas y disecando hasta haber aislado por completo de las partes vecinas el infundibulum del ano contra natura. Por medio de lijeras tracciones atrajo el ansa intestinal enferma, y despues de hacerla comprimir y sostener por los dedos de un ayudante, la seccionó arriba y abajo de la fístula, ligó escrupulosamente los vasos que daban sangre y suturó con seda los dos colos. No hizo la sutura de Lambert, ni la de Gely; primero puso una serie de puntos separados, que comprendian en parte la superficie serosa y en parte la superficie de secacion del tubo intestinal, y en seguida hizo la sutura principal, contínua como todas las que él hace, por medio de la cual adosó exactamente la serosa de

ambos codos intestinales. Redujo despues el ansa así restaurada, y cerró la herida abdominal. Hoy la operada está sana. Es interesante el dato de que Rocher no da opio á estos operados; dice que esto es lo que ha encontrado mejor, y se limita á preparar los enfermos sometiéndolos á dieta, etc. sin temer que al otro dia de la operacion tengan su primera deposicion.

He visto hacer cuatro tiroidectomías; Rocher practica uniformemente una incision única, rectilínea, oblicua hácia abajo y á la izquierda, la que tiene las ventajas de ser mas cómoda para el operador que está a la derecha, y de reunirse con mas facilidad que las heridas trasversales. Ya he indicado los resultados que obtiene de estas operaciones.

La lejitimidad de la operacion tendente á curar radicalmente las hernias es considerada aquí cuestion resuelta; se opera todos los casos que se presentan. He visto dos operados, y una operacion; es muy sencilla, se reduce el contenido de la hernia, se hace en la raiz del eseroto una incision bastante estensa para permitir la diseccion completa del saco, se liga el cuello herniario con un fuerte hilo de seda que se corta al ras del nudo, y se secciona el pedículo así formado; se termina con la sutua del escroto. Los resultados inmediatos que he visto en los dos operados han sido inmejorables; es claro que nada puedo decir de los resultados ulteriores y definitivos de la operacion.

Terminaré con dos cosas buenas que he visto en materia de instrumentos: un resonador de madera muy sencillo, que aplicado á la estremidad esterna de una sonda metálica hace perceptibles á un auditorio numeroso todos los choques y roces que esa sonda sufre; é instrumentos diversos con cabos de madera enchapada con nikel, que reunen las condiciones de lijereza y facilidad de desinfeccion. La primera de estas novedades solo lo ha sido para mí; aquí ya consideran viejo ese aparato tan útil, que no he visto usar en Buenos Aires.

Berna, Agosto 1e de 1888. JUAN B. JUSTO.

LA CREOLINA EN GINECOLOGIA

Se ensaya actualmente en los hospitales de Paris una nueva sustancia antiséptica, proveniente de la hulla y descubierta en Inglaterra, segun creo.

Esta sustancia es la *Creolina*, y tiene un color oscuro, es de consistencia espesa, su olor recuerda el del alquitran, es soluble en el alcohol, èter, benzina y cloroformo, y se emulsiona con el agua, como el coaltar.

No es caústica, v los enfermos la toleran bien.

Quimicamente considerada, la creolina no es un cuerpo perfectamente definido, sinó mas bien una mezcla en cuya composicion entran segun Fischer, 6 % de gaces hidro carbonados, 27 % de fenol, 2 % de bases orgánicas, 4 % de cenizas compuestas de carbonatos, un poco de cloro y vestigios de sulfatos. Hay que hacer constar que en los 27 % de fenol, no entra el ácido carbólico.

Brochmer ha sido el primero en estudiar y comprobar las propiedades microbicidas de este agente, pero el Dr. Weber, mi compañero de estudios en las clinicas de Pozzi y de Chéron, ha sido en Francia su introductor en Ginecologia, y es á él á quien debo el conocimiento y los datos relativos á la creolina, que hoy trasmito á los lectores de *Los Anales*.

Teniendo en cuenta el poder microbicida de la sustancia de que me ocupo, y su inocuidad deducida por Prochmer de investigaciones sobre perros, el Dr. Weber ha hecho ensayos aplicándola á diversas enfermedades própias de las mujeres, y el resultado ha sido plenamente satisfactorio en las vaginitis, metritis y cáncer.

Para servise de ella basta embadurnar con una solucion al 4 % la superficie de la parte enferma.

En concepto del Dr. Weber los resultados son muv rápidos; el picor v el derrame se modifican al cabo de algunos dias; pero es sobretodo en las metritis crónicas parenquimatosas que la creolina se muestra verdaderamente superior. Inyectada en la cavidad uterina, la desinfecta tambien como lo haria una solucion de sublimado, y con ella no hav que temer los graves accidentes producidos amenudo por el bicloruro de mercurio. En resúmen, el uso de la creolina nos parece indicado siempre que se quiera prevenir ó combatir del lado de la matris, manifestaciones sépticas. (Weber).

El agente en cuestion empieza tambien á usarse por los ginecologistas alemanes y austriacos.

Así, pues, con la creolina se incorpora una nueva sustancia antiséptica á la terapeútica ginecológica, y como el sublimado, el iodoformo, el ácido fénico, el ácido bórico, el ácido picrico, la resorcina, el timol y otros, ella tendrá numerosas aplicaciones, sirviendo de mucho en los casos en que la práctica demuestre su utilidad.

El Dr. Chéron se ha ocupado de ella en su clínica, pero me parece que hasta este momento no ha hecho aplicaciones al respecto.

Los antecedentes que dejo espuestos me han sido suministrados por el Dr. Weber que continua ensayando el nuevo medicamento en varias mujeres, y él por su parte hará las publicaciones convenientes á fin de vulgarizar el empleo de la creolina en Ginecologia.

Paris, 1888.

SAMUEL GACHE.

Revista Extranjera

TRATAMIENTO DE LOS EPISTAXIS POR EL ACEITE DE TREMENTINA —El Dr. M. Ernyei de Budapest, basandose sobre una nota de Billoroth, concerniente á las propiedades hemostáticas del aceite de trementina, aplicó ésta en las fosas nasales, á la ayuda de un tapon. El ha obtenido éxito de este modo, deteniendo epistaxis muy rebeldes.

TRATAMIENTO DE LAS HEMOPTISIS POR EL IODOFORMO, por G. Chauvin y G. Jorissene. —De las observacíones y de los estudios de los autores salen las conclusiones siguientes:

1.º El iodoformo costituye un medio hemostático exelente, muy rapido y seguro de los esputos de sangre así como de las hemoptisis graves como lo prueba cada una de sus observaciones; 2.º Punto muy importante: las recidivas son muy raras, no sobrevienen en todos los casos sinó largo tiempo despues y no son jamas en los casos observados, tan abundantes como las primeras hemorragias; 3.º El iodoformo actua á debil dosis, algunas pildoras de 5 centigramos bastan. Es raro tener que pasar 8 á 9 pildoras.

Es ahí una ventaja preciosa sobre otros medios menos rapidos, tales como la ergotina, ofreciendo por otra parte á menudo, graves inconvenientes, como en las mujeres encinta etc. etc. 4.º Ningun caso de las defunciones por hemoptisis ó recidiva de hemoptisis no ha sido comprobado durante este periodo de diez meses, aunque uno de esos autores sea médico de Beneficencia en un cuartel muy populoso, muy pobre y de una higiene defectuosa. Los enfermos se declaran

encantados de este tratamiento rápido inofensivo y comodo que les permite sin peligro andar en sus ocupaciones, poco tiempo despues; 5.º El iodoformo ha dado éxito en los casos en que la ergotina á dosis mas fuertes quedaba sin efecto ó en que los esputos disminuian sin detenerse completamente. Vista su pequeña dosis, el no fatiga el estómago como lo hace la ergotina amenudo, eficaz solamente á dosis considerables; 6.º El empleo de los revulsivos, tales como las ventosas etc, no han sido usadas sinó en los casos de hemorragias muy graves para esponer la vida de los enfermos á esperiencias sobre el valor de un nuevo metodo de tratamiento; 7.º Aunque en la mayor parte de los tratamientos, hemos asociado el iodoformo al tanino, ciertas observaciones prueban manifiestamente que es el iodoformo el agente activo. Por otra parte las dosis de tanino eran muy pequeñas para poder obrar con esta rapidez.

Las formulas que hemos empleado son las siguientes:

R. Iodoformo 5 centigramos
Ext. de gent. de quina ó de regaliz; para una pildora; á tomar 3 á 5 por dia.
O tambien
Iodoformo 0,05 centg.
Tanino 0,10 id.
H. S. A. pildora; á tomar 3 á 5 por dia.

(Progres medical)

Tratamiento de ea tuberculosis laringea—Antes de hacer aplicaciones locales de sustancias medicamentosas, es necesario, desembarazar las partes de las mucosidades, con una solucion alcalina ó anticeptica empleada en pulverización.

Se puede anestesiar en seguida por una aplicacion de cocaina.

Para la pulverizacion se recomienda la solucion siguiente:

R. Bicarbonato de sodio.
Biborato de sodio a 0,25 centg.
Clochidrato de cocaina 0,35 id.
Glicerina 5 gramos.
Agua destilada 25 id.
M. S. A.

Como medicamento curativo da buenos resultados una solucion eterea de iodoformo que es menos irritante que el iodoformo en polvo.

Cuando no se tienen los instrumentos de laringoscopìa necesarios, se pueden hacer insuflaciones con la composicion siguiente:

R. Acido tanico } 3 gramos.
Acido bórico }
Iodoformo 18 id.
M. S. A.

(Medicinisk Revue de Bergen)

TRATAMIENTO DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS DURANTE EL EMBARAZO —Por M. Schatz.

Esas contracciones á veces muy penosas y que pueden aun provocar el aborto son combatidas muy ventajosamente por el *viburnum pruni folium*. Es necesario tomar un gramo tres ó cuatro veces por dia. M. Schatz á obtenido exito con esta planta en hacer cesar contracciones bastante fuertes y aun en conservar durante algunos meses un feto muerto en el utero.

Las preparaciones son el estracto fluido en que se puede dar 3 á 8 gramos por día y la tintura alcoolica al quinto; dosis: veinte gotas por día.

LA GASTROTOMIA EN EL CÁNCER DEL EXÓFAGO.—Si siempre está sériamente comprometida la existencia del enfermo en

cuyo organismo toma carta de naturaleza la neoplasia cancerosa, cuando ésta se desarrolla en el exófago la vida está mucho más comprometida, en atención á que á los acerbos é incesantes dolores á las supuraciones copiosas é inagotables, al pertinaz y abrumador insomnio. etc., que tanto amargan y abrevian los dias del infeliz paciente, se agrega la cada día creciente difficultad para la ingestión de los alimentos, la inanición, la postración profunda que en tiempo brevísimo vienen á hacer imposible la armónica sucesión de los fenómenos vitales.

Cierto que se pueden salvar en parte estos peligros y retardar sus lamentables resultados con el empleo de la sonda exofágica; pero por poco que nuestros lectores hayan tenido que recurrir á ella habran notado cuàn deficiente es este instrumento para atender como se debe á las vitales y urgentes indicaciones que el estado del enfermo reclama. ¡Cuántas veces á consecuencia de la irritación que el cateterismo produce en la neoplasia misma y en los tegidos normales inmediatos, crecen horriblemente los lancinantes dolores que torturan al paciente, hácese más abundante y profusa la supuración y se agravan considerablemente todos los sintomas, tanto los locales como los generales! ¡Cuántas veces ha de renunciar el práctico á introducir de nuevo la sonda porque un cateterismo anterior determinó consecutivamente una estenósis más acentuada del conducto esofágico! ¿No ha ocurrido alguna vez á aquellos de nuestros lectores que han asistido aunque sea á uno solo de estos desgraeiados enfermos que se han extremecido ante la posibilidad de dislacerar con el pico de la sonda los tegidos y abrir en consecuencia una falsa via ó determinar la rotura de un tronco vascular de regular calibre que en poco rato deje exangúe al enfermo? Nunca. por fortuna, nos ha ocurrido ninguno de estos accidentes; pero confesamos que el temor de producirlos nos ha hecho pasar muchas veces un rato bien desagradable.

Todo esto, pues, son deficiencias de que adolece el cate-

terismo exofágico y verdaderos peligros á que expone. A pesar de uno y otro hay que recurrir á él en muchos casos, si no queremos que la inanición venga a precipitar el funesto término á que casi siempre y de un modo inevitable el cáncer del exófago conduce.

No obstante, los perfeccionamientos operatorios que cada dia se van obteniendo y el genio, siempre emprendedor, de algunos cirujanos, hacen esperar que en breve no será el único ni el mejor medio á que pidamos preferentemente ausilio para suministrar la alimentación conveniente al infeliz cuyo exófago sea asiento de una neoplasia cancerosa.

En la sesiòn de 4 de Julio ùltimo se enteró la Academia de Medicina de Paris de una comunicación de Mr. Nicaise manifestando haber practicado la gastrostomía á un enfermo de sesenta y cinco años, condenado á morir de inanición en breve término á consecuencia de un cancer del exófago.

Siempre que alguna circunstancia no constituya obstáculo invencible, debe practicarse esta operación en un solo tiempo, especialmente cuando el sugeto está muy débil : esto es lo que hizo Mr. Nicaise en el caso de que se trata, en el cual fué elegida — y debe serlo siempre, á ser posible — la región inmediata al piloro para practicar la abertura. El éxito fué bastante satisfactorio, puesto que ni los alimentos tuvieron nunca gran tendencia á salir por la fístula, ni ésta presentó fenómenos de irritación durante los cinco meses y diez días que el enfermo sobrevivió á la operación. ¿Habría este podido resistir tanto tiempo al cateterismo del exófago? Ya que no negarlo terminantemente, permitido nos ha de ser ponerlo en duda.

Como tratamiento sintomàtico, pues, la gastronomía puede prestar escelentes servicios en el cáncer del exófago, permitiendo al enfermo por bastante tiempo una alimentación bastante adecuada y suficiente. Por otra parte, su gravedad ha disminido hoy de una manera notable gracias á los progresos de la cirujía moderna; especialmente en lo que se refiere á la antisepsis.

Del uso de la antipirina y de la cocaina en el parto fisiológico.—El cloroformo, á raiz de su descubrimiento y durante muchos años después; el hidrado de cloral; la morfina; la sugestión hipnótica y otros muchísimos medios más ó menos científicos han sido ensayados con suerte varia y con resultado contradictorio, para evitar á la mujer los vivos dolores del parto. Algunas de estas sustancias, de bien conocida acción fisiológica y de virtudes terapéuticas exactamente determinadas, cuando son hábiles y expertas las manos que las utilizan, pueden dar, y dan efectivamente en la práctica tocológica, resultados tan satisfactorios que arrancan expresiones de gratitud á las parturientas que los benefician; pero es lo cierto que, al menos entre nosotros, su uso está muy poco generalizado, sea porque los que más oportunidades tienen de ensayarlo y estenderlo se muestren rehacios á toda innovación sea que se amilanen ante los exagerados temores de inercia uterina, hemorragia post-partum, síncope de la madre é intoxicación del feto que se attribuyen á la influencia de dichas sustancias.

La anestesia mixta óbvia muchos de los inconvenientes que pudiera tener la simple, esto es, la obtenida por la administración de una sola sustancia que suprima el dolor, pero á pesar de ello, la mayoria de mujeres sigue pariendo entre ayes y lamentos, á no ser que una pertubación distóca haga indispensable una operación larga y muy dolorosa para terminar el parto.

El Dr. Queirel, médico de Marsella, envió en Abril último una comunicación á la Academia de Medicina de Paris, proponiendo en el parto normal, durante el período de expulsión, el uso de la antipirina en inyección hipodérmica, manifestando que en sus ensayos habia obtenido notabilísima remisión de los dolores sin que perturbaran en lo más minimo el ritmo ni la energía de las contracciones uterinas. ni en el alumbramiento y puerperio ocurriera nada desagradable á la mujer ni sufriera el menor quebranto la salud del recien nacido.

Inspirándose en dicha comunicación, Mr. Imbert, de la Touche inyectó en dos veces 35 centígramos de antipirina y 5 milígramos de cocaina en las paredes abdominales dc una primípara de 25 años que durante ocho horas estaba sufriendo las torturas del parto sin haber conseguido una dilatación del cuello mayor que una moneda de media peseta, y á los pocos minutos desapareció toda agitación, cesaron los lamentos y la parturienta, que se acostó en la mayor calma, unió desde luego sus voluntarios esfuerzos á las enérgicas contracciones que continuaba ejerciendo la matriz sin determinar sufrimiento alguno. Dos horas después, sin que nada ocurriera que modificara la normalidad del trabajo del parto, dió la mujer á luz un niño notablemente desarrollado, sin que ni aún en el momento de ser expulsado el feto sintiera los agudos dolores propios de este tiempo de la función, cuando no se ha intervenido para evitarlos. Ni la menor cefalalgia, ni zumbido de oidos ni ningún otro síntoma que la molestara manifestó sufrir la puèrpera, que expulsó normalmente las secundinas y atravesó sin obstáculo alguno el periodo del puerperio.

Nosotros, que en otra ocasión (Tésis del Doctorado) nos hemos mostrado decididos partidarios de la anestesia mixta en el parto normal, empleando para ella el cloroformo y la morfina y que reconocemos que esta última ejerce una acción paralizante sobre la fibra muscular del útero (acció que áun nos oponíamos con la previa administración de pequeñas dósis de *seccale cornutum*), recomendamos á nuestros lectores que no dejen de ensayar el método propuesto por Mr. Imbert de la Touche cuando tengan que prestar sus auxilios á una parturienta. Lo juzgamos exento de inconvenientes y apto para calmar considerablemente esos terribles dolores contra los cuales no hay consuelos ni esperanzas que valgan y que tanto cohiben á veces Ia libertad y turban el espíritu del práctico.

Nuevo microbio de la sífilis. — (The Lancet) Los doctores Disse y K. Takaki profesores de anatomia en la Universidad de Tokio, pretenden aber descubierto, cultivado é inoculado con éxito un nuevo microbio de la sífilis. Han examinado la sangre de sifilíticos curados al parecer de toda manifestación de la enfermedad, eligiendo para esto la piel de la cara á causa de lo abundante de su riego sanguíneo y descubierto cuerpos esféricos de 0,001 milímetros de diámetro, aislados ó en grupos, entre los glóbulos sanguineos. No son fáciles de distinguir, escepto cuando la capa de sangre es muy delgada. En los individuos no sifilíticos, examinados con las mismas precauciones, no se han descubierto estos cuerpos. Los cultivos con la sangre sifilìtica han sido eficaces en las tres cuartas partes de los casos.

Al conocerlos al microscopio se observó:

1.º Formas esféricas simples 0,0008 m. m. de diámetro.

2.º Esferas dobles parecidas á bastoncillos cortos con extremidades redondeadas; su longitd es de 0,0018 m. m. y su anchura la mitad.

3.º Cadenas y grupos formados de las esferas dobles y

4.º A veces esferas triples en lína que median 0,0027 m.

A pesar los resultados obtenidos por los Dres. Disse y K. Takaki, creemos que no puede todavia desprenderse de sus investgaciones hechos positivos; faltan para ello las inoculaciones de cultivos puros que hoy por hoy no poseemos.

Doutrelepont, en sus notables estudios acerca tan importante asunto, dice que además de los bacilos ha encontrado masas de granulaciones muy semejantes á los microcos que estaban dispuestos en líneas, teniendo la forma y longitud de los bacilos. Según dicho autor, la existencia de estos bacilos puede comprobarse en todos los periodos de la sífilis, así como en los productos sifilíticos de todas las regiones del cuerpo y en la sangre. Los resultados negativos de algunos observadores, deben atribuirse á que no poseemos todavia un método que permita reconocer con precisión to-

dos los bacilos; quizás sea debido á la misma causa el escaso número que habitualmente suelen observarse.

(Gaceta Médica)

SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS CAPACES DE AUMENTAR LA RESISTENCIA DEL ORGANISMO Á LA ACCION DE LOS MICROBIOS, por el Dr. Charrín—Sabemos que la piocianina, sustancia química cristalizable, con reacciones precisas, bien estudiadas por Jordos, es producida por un micro-organimo. La función cromógena de este micro-organismo ha sido claramente establecida por Gesard, primero que ha aplicado á esta demostración el rigor de los nuevos procedimientos, no obstante las numerosas hecho anteriormente para lograrlo.

Los aspectos que puede presentar este microbio son múltiples. Por lo que concierne al morfológico, bastará decir, por el momento, que este organismo, cuyo estudio lo seguimos. L. Guinard y yo, en el laboratorio del profesor Bouchard, se presenta comunmente bajo la forma bacilar. Con todo harémos notar desde luego que segnn las condiciones de medio y de edad este microbio ofrece variaciones muy diferentes, que es posible realizar á voluntad desde la forma de un bacterîum extremadamente corto hasta la de filamentos muy alargados; variaciones cuya relación con la producción de piocianina no carece de interés.

Relatiuanente á su accion sobre los animales, no ignoramos que puede llegarse á convertir este micro-organismo en patógeno, no obstante las aseveraciones en contrario que se han hecho. Nosotros lo hemos logrado muchas veces; otros que pretendieron desmentirnos, tuvieron que reconocerlo. Para conseguirlo hasta inyetar en las venas del conejo un cultivo puro. Casi siempre el animal inoculado enferma y muere en un espaciode tiempo que está en relación con la virulencia del cultivo y con la dósis empleada (1/2 á 1/3 centímetro cúbico y más). La supervivencia puede ser de uno, dos, diez, quince y aùn más dias. En caso de larga duración, no es raro observar, además de la albuminuria, diarrea,

fiebre, enflaquecimiento, accìdentes paralíticos, en particular la paraplegia y alguna vez retención de orina, como en otra parte hemos indicado.

Pueden volverce á encontrar los microbios inyectados en las orinas, en las materias fecales y en las vìsceras. Continúan vivos y funcionan, puesto que es fácil comprobar, al mismo tiempo que su presencia, las reacciones de la piocianina en medio de los sólidos ó liquidos mezclados con los humores ó tegido del animal. A más, si se inyecta la piocianina con el microbio, ó sin él, vése, para dosis iguales y relativamente débiles, inferiores por ejemplo á 3 c. c. ó 5 c. c., que los accidentes son nulos cuando el bácilo está ausente, ó en todo caso infinitamente menos intensos y menos rápidos que cuando este bacilo es inoculado al mismo tiempo que la materia química.

La introducción del micro-organismo y su desarrollo en el cuerpo del conejo, son en su mayor parte almenos las causas primeras de la enfermedad.

Que la intóxicación juega un papel, que el bacilo, aparte de lesiones materiales (nefritis, enteritis, etc.), obra igualmente por la sustancia ó sustancias más ó menos modificadas que su presencia hace nacer, en el cuerpo del animal, la cosa es posible; nos parece, al presente, muy probable. En efecto, inyectando rápidamente en las venas á grandes dosis (40 c. c. á 60 c. c., por kilogramo) el líquido de cultivo privado de todo microbio y conteniendo piocianina, se puede provocar la albuminuria, la diarrea, algunas veces á muy largo plazo parálisis, y en fin la muerte. Entonces es una intoxicación pura y simple; pero en el caso de inoculación de una dosis pequeña, ó sea 1/2 centímetro cùbico de cultivo, conteniendo á la vez el micro-organismo y sus productos, si hay intoxicacion, es bajo la dependencia del desarrollo del microbio, y por consiguiente secundaria á la infección.

Esto establecido, si en lugar de inyectar el microbio en las venas, se inyecta bajo la piel del vacío, á dosis que no pasen

mucho de 1/2 á 2/3 centímetros cùbicos, casi constantemente aparte de algunos desórdenes muy ligeros, la inoculación queda absolutamente sin influencia, al menos aparentemente. Si se repiten sobre el conejo estas inoculaciones sub-cutáneas, seis, ocho, diez veces, inyectando, por ejemplo, cada tres ó cuatro diaz 1 c. c., ó un poco mènos en diferentes puntos y con las precauciones antisépticas, se reconoce que siguiendo esta práctica los conejos adquieren una resistencia especial. En efecto, si se les inocula entonces por via intra-venosa, al proprio tiempo que á otros conejos no inoculados previamente, la misma dosis del mismo cultivo virulento (1/2 á 3/4 de centimetros cúbico), los conejos no inoculados sucumben lo más à menudo en dos ó cinco dìas, mientras que los inoculados antes por la vía subcutánea; mueren al cabo de cuarenta ó sesenta días y aún algunos resisten completamente.

Hay dos cosas en las dosis inoculadas por la vía subcutánea: el bacilo y las sustancias químicas. Desembaracémonos del bacilo por la filtración y el calor á 155°; asegurémonos por el cultivo de que el líquido obtenido bajo la piel, por dosis fraccionadas de 6 c. c. á 8 c. c.. renovadas cada tres á cinco días, seis, ocho, diez veces, técnica que, por otra parte, no tiene nada de inmutable. Durante estas inyecciones y los primeros dias que siguen los conejos parecen en buen estado.

Si entonces inoculamos animales previamente inoculados, como ya indicamos anteriormente, y otros no inoculados con la misma dosis virulenta, estos últimos como los precedentes mueren en general en dos ó cinco días, mientras que los animales que habian recibido las materias solubles tienen supervivencia media de 51 días para once esperimento's siendo la más corta de 21. Sucumben tardiamente con accidentes paralíticos, y en sus tegidos no se encuentran bacilos. Parece más bien una intoxicación que no una infección abor-

tada; pero se necesitan nuevos experimentos para resolver este lado de la cuestión.

Lo que podemos decir ateniéndose extrictamente á los hechos es que en las condiciones indicadas es posible aumentar la resistencia del conejo á un microbio determinado, y hacer esta resistencia más ó menos completa y durable, sea inoculando previamente este microbio por otra via, sea inyectando los productos solubles de los cultivos.

Octubre, Noviembre y Diciembre 1888

ANALES
DEL
Círculo Médico Argentino

Año XI—1888 BUENOS AIRES Tomo XIII—N.s 10 - 11 y 12

CORRESPONDENCIA

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LA CIRUJÍA ABDOMINAL COMO INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LAS HERNIAS POR EL PROF. D'ANTONE — CONFERENCIA COPILADA POR EL DR. FRANCISCO GARZIA.

I.

Fisio-patologia del peritoneo

SEÑORES:

Deseando hablaros de las hernias y especialmente de la parte operatoria de las mismas, veo que es imposible no entrar en algunas consideraciones sobre su patalogia general.

Estudiando las hernias debemos recordar las heridas abdominales y en virtud de esto hacemos preceder este trabajo de algo referente á la patologia abdominal y del peritoneo en particular.

Vds. saben ya la importancia que ha adquirido en el dia la cirujía abdominal, y la manera de entender la llamada vulnerabilidad del peritoneo. — La cirujia abdominal moderna si ha hecho grandes pasos ha sido porque ha dominado el accidente de la peritonitis. De ahí que la importancia del es-

tudio de su fisio-patologia se impone, tanto más cuanto que las modernas vistas son del todo discordantes de las antiguas, y mas bien, à las mismas contrapuestas.

El concepto de los antiguos (y por antiguos entendemos tambien los autores de ahora 10 ó 12 años, comprendiendo la escuela de Virchow) respecto al peritoneo, á su vulnerabilidad, y á su facilidad de inflamarse, no sabriamos espresarlo;—ellos mismos no tenian del peritoneo una idea exacta. Trataremos sin embargo de hacerlo lo mas claramente posible.

Decian ellos que el peritoneo era vulnerable, es decìr tenia una sensibilidad grandísima á los procesos inflamatorios, como sucede en los tejidos conjuntivos. En verdad el peritoneo está constituido de tejido conjuntivo y de un poder eminentemente irritativo, formativo y germinal.—Se decia entonces, haced que una lesion excite excesivamente esta membrana de tan esquisita sensibilidad por su estractura, y vereis el proceso inflamatorio desarrollarse; recordad que, esta membrana tiene una cierta continuidad en toda su estension, y observareis que el proceso se hace gigante estendiéndose fácilmente por toda ella.

Y en los mismos tiempos que reinaba esta idea general, se hacia una descripcion nosográfica muy grave de la inflamacion del peritoneo, á cuya descripcion ha aún contribuido la aceptacion de los clínicos.

Se ha tambien descripto la peritonitis por herida como una forma tan grave que no se encuentra comunmente. Entonces se decia sensibilidad esquisita, elevacion térmica extraordinaria, turgecencia del conectivo y meteorismo son los hechos más conspicuos de la peritonitis.

Por estas ideas se desprende la inhabilidad de los antiguos cirujanos de practicar cortes y demás operaciones ó maniobras en el peritoneo. Es verdad que una laparotomia propiamente dicha es siempre una operacion grave, sea por los accidentes consecutivos á la operacion (hemorragia, septicemia

y peritonitis) sea inmediatos (Shock, enfriamiento peritoneal); y tal vez por los percances que sobrevienen rápidamente en donde menos se esperaba. Entonces estos percances constituian casi la regla; y como se atribuian á la inevitable ofensa é irritacion del peritoneo, y consecutiva inflamacion, contra la cual había poco que hacer, los insucesos y los fallecimientos se juzgaron inherentes á la naturaleza misma de la cosa, y como fatales y necesarios.

Aun en el dia muchos de nuestros cirujanos no hablan sinó de peritonitis, cuando quieren darse cuenta de los fallecimientos consecutivos á aberturas accidentales ó quirúrgicas del vientre.

La esquisita vulnerabilidad é irritabilidad atribuida al peritóneo, y la inevitable inflamacion, que debia seguir á la mas chica irritacion llevada sobre el mismo; ó el aire, las manos, los instrumentos quirúrgicos, la sangre, las heces, la bilis etc., llevadas en el peritoneo, constituian la serie de los razonamientos, segun los cuales, á los ojos de los antiguos debia desarrollarse la peritonitis y matar.

No se fijaban ellos que un proceso peritoneal no puede matar por su cuenta, como hace una neumonia, una miocarditis causando una paralisis etc. Cualquier profunda alteracion ó destruccion del peritoneo no puede por sí, directamente comprometer la vida. No se fijaban que cuando fallecia un individuo después 12, 15, 20 horas por un derramamiento urinoso, fécal, purulento en el peritoneo no se podia atribuir á la peritonitis, la cual necesitaba un cierto tiempo para iniciarse, desarrollarse y dar consecuencias.

Como se ve, en la idea de los antiguos todo se limitaba á hablar de la vulnerabilidad, de la esquisita sensibilidad de reaccionar al estimulo, y del poder formativo del conectivo peritoneal. Y en su descripcion exagerada del proceso peritoneal, no hay nada de verdadero, como verdadero no es el proceso; nada de concreto entonces entendian los antiguos.

Hemos visto con la doctrina de Conheim, que el proceso in-

flamativo no es proceso reactivo. Y yo ya desde el 1869 sostuve siempre la tèsis que el proceso inflamatorio es un proceso pasivo y reducido al tejido en donde se inicia. Bajo este punto de vista la idea de los antiguos ya empezaba á ser clara, y nosotros en el dia tenemos otra opinion al respecto. Nuestra idea está fundamentalmente mudada, y se verá con cuantas y cuales proficuas consecuencias.

Aún el cuadro nosográfico de las llamadas peritonitis ha cambiado. Cuando se asiste á un caso de fallecimiento consecutivo á una laparotomia, los nuevos cirujanos quedan maravillados en observar fenómenos que no son los de la peritonitis, como clásicamente está descripta; y ven faltar, por el contrario, lo que ordinariamente se le atribuye. En los más de los casos que se me han ofrecido, no ha sido la esquisita sensibilidad, ni la altísima fiebre, que constante observé; ni aún el meteorismo que vino tarde ó faltó.

Así por ejemplo, una de las operadas mias en el año 1882 no tuvo fiebre mas alta que 38° 5; el abdomen era tratable, y el meteorismo se manifestó, cuando por otros hechos ya habia declarado perdida la enferma. Asímismo como ocurrió en la 21ª operada de mi serie.

Sin preocuparnos ulteriormente de criticar, examinemos uno por uno todos los hechos indicados precedentemente. Y ante todo pongamos una proposicion que queremos legitimar parte por parte.

" *La irritacion mecánica física de cualquier potencia, sea cualquiera la lesion mecánica que se produce en los tejidos y en particular en el peritoneo, no puede determinar sino un proceso inflamatorio localizado, organizante, y no un proceso supurativo ó séptico:* „ Este es el gran axioma de patologia.

Y para un ejemplo, es suficiente recordar la esplicacion que los antiguos ponian delante para darse razon de los accidentes mortales que seguian á la abertura del abdomen. Ellos decian que la introduccion del aire producia en el peritoneo una irritacion tan intensa que daba la muerte al enfer-

mo. Esta hipótesis hoy está perfectamente destruida, porque, tomados los cuidados debidos no nos preocupamos más del aire, abrimos abdómenes, observamos los intestinos y otros órganos como si se tratara sobre un cadáver y no obstante no suceden irritaciones; entonces decimos que el estimulo representado por el aire es inocente como estímulo mecánico.

Tambien los antiguos tenian miedo de maltratar con cortes, ó laceraciones, el peritoneo; hoy al contrario, la estraccion, la laceracion del peritóneo, de los tejidos subperitoneales, todos los malos tratamientos que para operar se necesita hacer, no preocupan mas al cirujano.

En el dia se opera mas lacerando con la mano que con el cuchillo, se arranca, se estirpa en lugar de disecar con el bisturí. Ademas, hoy sin preocupacion alguna, producimos el esfacelo de partes del peritóneo, por ejemplo, de apéndices epiploicos con las pinzas que allí se dejan adheridas por horas enteras, cuando ligamos estrechamente un pedunculo ovarico, ó pedazos de matriz en masa, despues de haber cavado y esportado la mucosa utero-cervical, como yo hice en dos enfermos, perfectamente curados.

Podemos entonces producir irritaciones mayores que las que he señalado? Y aún mas. Cauterizamos profundamente el peritóneo con el fuego, y no obstante no sucede accidente alguno. Hace tiempo yo he cauterizado en la cavidad abdominal de una enferma, un goma peritoneal del tamaño del puño en la presencia de un distinguido profesor de la ciudad, el Dr. Cardarelli, el cual asombrado del procedimiento, me preguntaba: ¿Y qué vendrà despues de toda esta irritacion? La enferma se curó muy pronto! En fin en el abdómen se pueden aun dejar cuerpos estraños, pero sabiamente, y no como las esponjas y los lienzos dejados allí por negligencia.

No hablemos ya de ligaduras múltiples con gruesos hilos, ni de drenages, como aquel dejado apropósito por Hégar en una histerotomia, y tambien por Schroeder en las escisiones parciales del hígado. Todos estos estímulos

mecánicos son entónces perfectamente inocentes. Dicho todo esto, se puede sostener que el estímulo mecánico de cualquier naturaleza que sea, no tiene ningun valor sobre la genesis de los procesos peritoneales.

Ahí tienen demostrada la primera parte de la proposicion arriba enunciada; pasemos ahora á la segunda parte; es decir, *que el estímulo mecánico tiene el poder solamente de producir una flogosis organizante.*

Los tejidos alrededor del sitio en que ha tenido lugar la flogosis, se organizan y reparan lo que se ha perdido por medio del cauterio, de la laceracion, del machacar, etc., como sucede en la cicatriz de un nervio, en el cual el proceso de reparacion lo restituye *ad integrum.* Entonces el proceso inflamatorio queda limitado al lugar en donde las causas destructivas mecánicas se han producido.

Otra cosa es en la llamada peritonitis. En esta, entonces, no se trata de un proceso inflamatorio, sinó de icorizacion de los productos contenidos en la cavidad peritoneal, absorcion consecutiva y septicemia rápidamente mortal, porque rápida y considerable es la absorcion por parte del peritóneo, gracias á la estensa superficie absorbente. Se entiende que los productos alterados en la cavidad peritoneal, mientras pasan en el círculo sanguíneo provocando la mas honda alteracion septicémica, ofendan contemporáneamente y alteren el peritóneo, produciendo un proceso que se dice inflamatorio y que en hecho es destructivo. Es así que un proceso séptico peritoneal se acompaña de peritonitis.

Y cuando la septicennia de orígen peritoneal no mata rápidamente, y la peritonitis tiene el tiempo de nacer y desarrollar sus productos, entonces añadiéndose y mezclándose estos con los sépticos existentes en el peritóneo, sirven para ensanchar el terreno del proceso, y aumentar enormemente los productos; dedonde pasan en el círculo sanguíneo.

No decimos que no haya casos de peritonitis primitiva, cu-

yos productos alterándose traigan la septicemia consecutiva.

Mas bien añadamos que en algunas condiciones es como deben sucederse los diferentes cuadros de aquel drama, y no de otro modo.

Ahora se hace necesaria una pregunta: ¿Cómo es entonces que en el peritóneo son muy fáciles los procesos de sepsis? En el peritóneo el proceso sèptico se cumple con las mismas leyes que en los otros tejidos orgánicos, pero se añaden á esta membrana serosa algunas condiciones particulares; como que no se consigue recojer los materiales que se pueden corromper allí.

Si hacemos una amputacion podemos producir por medio de compresiones á propósito una hemostasia completa, y podemos aplicar aún el drenage que dá salida al material que puede eventualmente formarse allí; pero en la cavidad abdominal, siendo difícil practicar una perfecta compresion, la hemostasia completa es tambien difícil. Y además, siendo aun inoportuno y no correspondiente á la mira el aplicar el drenage, sucede que, cuando en el peritóneo llega bruscamente una discreta cantidad de material corrompido, (pus, icar, orina, hiel, etc.) ó encontrándose en él una cantidad de material que se puede corromper (sangre, sero, líquido quístico) se desarrolle en él un proceso séptico; mientras, por un costado dicho material con sus productos empieza á alterar la nutricion y la organizacion del peritóneo, por el otro los mismos productos rápidamente y desde el principio entran en el circulo sanguíneo, constituyendo ya una septicemia, que corre y se adelanta por su cuenta, salvo de agravarse por la llegada de nuevos materiales, procedentes siempre de la cavidad peritoneal, y donde las proporciones del proceso séptico se hacen mayores por la participacion de los productos peritoneales, y quizás tambien fácil por la absorcion, que es mayor por las alteraciones destructivas sucedidas en el tejido de la membrana peritoneal.

Otra cosa es cuando en el peritóneo llega una pequeñísima

cantidad de material sèptico, que sirve y representa mas bien un contagio ó una inoculacion, que no un foco séptico de absorcion; ó aun mas cuando un próceso séptico de los alrededores se extiende y se trasplanta en el peritóneo (peritonitis por endometritis, ó metro-linfanjitis ó metro-flebitis séptica). En todos estos casos es necesario que se constituya antes un material, en que el proceso de sepsis debe desarrollarse para dar productos de absorcion; y ese material que puede corromperse no puede ser formado sinó por un proceso inflamatorio destructivo del peritóneo.

En conclusion, es siempre la septicemia que mata el enfermo, sea ella primitivamente peritoneal, sea consecutiva ó peritonitis.

Además el proceder séptico es aun favorecido por las siguientes circunstancias:

1º Por la elevada temperatura en la cavidad peritoneal, que puede llegar hasta 30º ó 40º, mientras que en un muñon de amputacion será de 37 1/2 ó 38º al máximum.

2º Otra condicion es la calidad del material que puede corromperse, el cual suele ser líquido ó seroso. Se sabe entonces que en este caso los gérmenes fermentos, son activísimos; pueden ir por el uno y el otro costado á sus ganas, y emigrar y manifestar su actividad en una grande estension. Se sabe por otra parte que el material cuanto mas agua contiene tanto mas los procesos de desdoblamiento químico seran favorecidos. Al contrario si el material es sólido ó seco; en este caso el proceso séptico no puede iniciarse.

De manera que un grumo de sangre sobre una herida pueda secarse y trasformarse en una costra seca que no se pudre, porque los gérmenes ahí quedan detenidos, inmovilizados é inactivos, y la agua necesaria á la descomposicion química anduvo evaporizada ó absorbida: mientras el mismo grumo en el peritóneo puede ser el hogar, la cria primitiva de un irradiante proceso de sepsis.

Sin duda por el tubo intestinal emigran al través de sus pare-

des gérmenes fermentos pútridos, que en condiciones normales quedan ineficaces é improductivos, y no encontrando un terreno, un material apto á su vida y desarrollo, van envueltos por la corriente de la actividad nutritiva y circulatoria. No de otra manera podrian entenderse las adelantadas putrefacciones, con desarrollo de gases y con olor fecal en líquidos ó pus recojidos en hondos lugares y en la vecindad del intestino y especialmente de la cavidad peritoneal. Entonces, cuando se produce la sepsis en el peritoneo, las paredes intestinales se alteran más ó menos rápidamente, hasta el punto que se lesionan groseramente y luego pueden romperse.

Se puede ahora imaginar, como tienen que ser fáciles esas emigraciones de gérmenes al través de las paredes intestinales y como, llegados ellos en el líquido peritoneal deben alli operar activamente. En la pleura se tienen tambien formas de supuraciones á tipo crónico como en los abcesos frios, entonces supuraciones no infecciosas, apiréticos, y á larga marcha (empiema crónico); en la cavidad peritoneal no existen al contrario formas semejantes de supuraciones salvo las de peritonitis secas y circunscritas por flogosis adhesivas de los alrededores.

(Continuará)

ÚLCERA TUBERCULOSA DEL ANTEBRAZO

POR EL

DOCTOR LUIS AVEENDAÑO

Socio corresponsal del C. M. A.

FORUNCULOSIS PRIMITIVA.—INOCULACION TUBERCULOSA POR MEDIO DEL AIRE.—TRASFORMACION DE LA SUPERFICIE TRAUMÁTICA EN UNA ÚLCERA ESPECÍFICA.—AUTO-INFECCION POR LA VÍA LINFÁTICA.—INFILTRACION TUBERCULOSA DEL PULMON DEL LADO DE LA LESION INICIAL.—DESTRUCCION DEL FOCO ORIGINAL POR EL RASCADO Y LA CAUTERIZACION.—VENTAJAS DEL TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO.—SUSPENSION DE LA MARCHA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MEDIANTE LA PERMANENCIA EN UN CLIMA DE ALTURA.

Buelve á curar segunda vez el que escribe lo que remedia. Son salud de los futuros las enfermedades de los passados y se ennoblece notablemente la operacion que despues de aver sido ocurrencia, se haze exemplo; y aun mas la que siendo exemplo merece hacerse regla.

RIVILLA. *Desvios de la Naturaleza.* Lima, 1695.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 75 del Reglamento, me cabe la satisfaccion de presentaros la historia clínica anual obligatoria.

Tiene un doble interés para nosotros: referirse á la tuberculosis, enfermedad muy frecuente en este país, preocupacion constante de los sabios de todas las épocas; y motivos de estudios concienzudos y de notables trabajos, desde el descubrimiento del *bacilo* de Koch, que poco á poco van descorriendo el misterioso velo que durante tantos años ha cubierto la historia nosográfica de este proceso morboso, uno de los más tremendos flajelos de la humanidad; y ser el su-

jeto de la observación uno de nuestros más estimables consocios.

En el estado actual de la Ciencia, y dado el impulso notable que llevan los trabajos emprendidos, se puede asegurar que muy pronto, en no lejana época, se contará entre una de las más brillantes conquistas de la Medicina moderna, la curacion de la tuberculosis; y ella será tambien uno de los más lejítimos triunfos de la microbiología, pues el descubrimiento del bacilo específico ha sido el punto de partida de los estudios verdaderamente prácticos y positivos, con relacion á tan terrible y generalizada enfermedad; desmintiéndose así el excepticismo de los que aseguraron que la demostracion de la especificidad patogénica del bacilo de Koch, no había reportado ningun provecho á la terapéutica.

Ya que no nos es dado contribuir á la *Obra de la tuberculosis*, con proficuos trabajos de laboratorio, aportemos siquiera el contingente de nuestras observaciones clínicas—por desgracia muy abundante entre nosotros—que así tomaremos una parte, aunque pequeña, en la realizacion de tan benéfica empresa.

Y de paso, una vez que la ocasion se me presenta, me permitireis que os recuerde la obligacion que tenemos de corresponder, del mejor modo posible, á la invitacion que por mi órgano nos ha hecho el sabio Director del Comité de la *Obra de la tuberculosis*, el eminente profesor de la Facultad de Medicina de Paris Dr. A. Verneuil.

El Sr. Bachiller Octavio Valentine natural de Lima, de 25 años de edad, soltero, estudiante del 4º año de Medicina, de temperamento linfático; de constitucion débil, de talla elevada y de sistema óseo tan desarrollado que puede decirse que existe una hiperjenesis ósea á expensas de las partes blandas;

no ofrece en sus antecedentes hereditarios nada de notable, pues sus padres han gozado y gozan de cabal salud, y en su familia no existe sino una hermana afectada de una enfermedad pulmonar sospechosa (?) En cuanto á sus antecedentes morbosos no hay que hacer notar sino una neumonia que tuvo hace catorce años.

El principio de su enfermedad actual fué un forúnculo, situado en el tercio inferior de la cara posterior del antebrazo derecho, que empezó á evolucionar el dia 24 de Enero del presente año; forúnculo que, á instancia del paciente, fué incindido por uno de sus compañeros el dia 30 del mismo mes, practicándose las curas sucesivas con una solucion de ácido bórico. Como consecuencia de un golpe sufrido al subir á un carro del tranvía, le sobrevino, á los pocos dias una inflamacion con infiltracion purulenta hácia la parte superior, que hizo necesario el practicar una contra abertura.

Casi al mismo tiempo aparecieron otros dos forúnculos: situado uno en el borde cubital de la mano derecha; y otro, al nivel de la estremidad inferior del radio en el mismo antebrazo. Ambos abortaron mediante inyecciones intersticiales de tintura de iodo.

El puente de la piel, situado entre las dos primeras incisiones, fué dividido pocos dias despues; quedando como consecuencia una superficie traumática de unos tres centímetros de largo, que durante todo el mes de Febrero dió una supuracion abundante y de buena calidad, practicándose siempre las curaciones con la solucion de ácido bórico. Pero en el mes de Marzo sobrevinieron algunas infiltraciones, la herida en lugar de marchar hácia la cicatrización, fué adquiriendo un aspecto ulceroso, un carácter indolente.

No habiendo logrado modificar el estado de su lesion con las curaciones iodadas, resolvió, el enfermo, en los primeros dias de Abril, hacerse ver con el Dr. G....; quien considerando la úlcera como una manifestacion de la diátesis escrofulosa le instituyó el siguiente tratamiento: ioduro de hierro

de Blancard, al interior, y Licor de Van-Swieten, como tópico.

Sin haber obtenido ninguna mejoría local, y sin alteracion de su estado general pasó el mes de Abril; y en los primeros dias del mes de Mayo, se hizo cargo del externado del primer departamento de Medicina en el Hospital "Dos de Mayo"; notando desde los primeros dias de su asistencia diaria al hospital, que la ùlcera tomó un aspecto poco tranquilizador, adquirió caracteres tales que alarmado el Sr. Valentine, resolvió someterse á un tratamientc serio y sostenido.

Con este objeto se consultó el dia 6 de Junio, con el Dr. P. él que por los antecedentes relatados y visto el aspecto de la úlcera, que describirè más adelante, diagnosticó una *Ulcera tuberculosa del ante-brazo;* aplazando por algunos dias la aplicacion del tratamiento adecuado.

El dia 11 del mismo mes, primero en que tuve oportunidad de ver al Sr. Valentine, el aspecto de la solucion de continuidad era el siguiente: úlcera situada en el tercio inferior de la cara posterior del ante-brazo derecho, de diez á once centímetros de largo y de cuatro á cinco de ancho; de una coloracion rojo-violada, interrumpida de trecho en trecho por manchas lívidas grisáceas; de bordes duros, callosos, desprendidos, sinuosos y festonados; de superficie granulosa, mamelonada; existìan en los bordes y en la superficie de la úlcera diez y nueve orificios fistulosos, de dos á siete milímetros de profundidad, por los que *fluía á la presion el pus caseoso, espeso, grumoso, característico, que los llenaba.* Toda la solucion de continuidad era completamente indolora; el esqueleto de la region estaba sano; la articulacion radio-carpiana intacta. El estado general del paciente era bueno, presentaba únicamente las facies de un sujeto que se encuentra bajo la influencia de una larga supuracion. Las grandes funciones, la digestion, circulacion y respiracion, se cumplían perfectamente, y en cuanto á la respiracion en especial, no se descubria ni por la percusion, ni por la auscultacion nada

anormal; no se oian sino los estertores característicos del catarro bronquial crónico, que existe en los grandes fumadores (el Sr. Valentine abusa del tabaco), y nó tan marcados que llegasen á ocultar el murmullo vesicular que se percibia claramente.

En presencla de una lesion con los caracteres anteriormente descritos, dada la marcha que habia seguido la enfermedad; y teniendo en consideracion las circunstancias especiales que habian acompañado la evolucion de la úlcera, no vacilé en aceptar el diagnóstico formulado por el Dr. P. *Ulcera tuberculosa.*

¿ La naturaleza tuberculosa de la lesion del Sr. Valentine, era consecutiva á una inoculacion accidental verificada en la solucion de continuidad anteriormente existente; ó era dependiente de una tuberculosis visceral anterior á la aparicion del forúnculo primitivo, que habia ocasionado la trasformacion de la herida en una úlcera tuberculosa?

No vacilo en afirmar que la tuberculosis, en el presente caso, se ha desarrollado como consecuencia de una inoculacion; y como tal ha sido en un principio esclusivamente local, siendo consecutivas las lesiones que se presentaron en el pulmon, de las que hablare más adelante.

En efecto, el Sr. Valentine en posesion de una superficie supurante—la herida consecutiva al forùnculo inicial cuya cicatrizacion no se efectuó rápidamente á consecuencia del temperamento linfático del sugeto—es decir, con una puerta abierta á la penetracion de cualquier gérmen morbífico, frecuentaba todos los dias una de las salas del Hospital "Dos de Mayo" en la que, como en todas las de nuestros hospitales, y especialmente en esa, abundan tuberculosos en periòdos más ó menos avanzados; y en las que tambien, aunque sea doloroso confesarlo, la aereacion, la ventilacion y la desinfeccion dejan muchísimo que desear, á tal punto, que no es exajerado decir que las salas de nuestros hospitales pueden considerarse como receptáculos de microbios patójenos.

Por otra parte, se sabe que los bacilos de Koch conservan por mucho tiempo su vitalidad en los esputos y demás escreciones de los enfermos, y que una vez desecadas aquellas, los bacilos pululan en el aire del recinto en que se hallan los tuberculosos; en una palabra, que los gérmenes específicos de la tuberculosis abundan en la atmósfera que rodea á los enfermos que la padecen; esplicándose así los casos evidentes de contagio que todos los dias observamos.

Se puede, pues, muy fácilmente aceptar que los microbios suspendidos en el aire de la sala donde concurria el Sr. Valentine, habiendo encontrado en el organismo de éste fácil acceso, por la superficie cruenta que existía en el ante-brazo, se instalaron allí donde la lucha por la existencia les era ventajosa; y convirtieron la solucion de continuidad resultado del forúnculo primitivo, en una úlcera específica, en una tuberculosis cutánea.

Además, está plenamente demostrado que, la tuberculosis es una enfermedad inoculable, y en el caso presente, es fácil concebir que la inoculacion se ha realizado de un modo mediato, por medio del aire.

El exámen microscópico del pus habria disipado en el acto cualquiera duda; y no obstante no haberlo practicado, me afirmé en mi diagnóstico al recordar que todos los más notables clínicos, están acordes en considerar el pus caseoso como característico de las lesiones tuberculosas locales, de las tuberculosis quirúrjicas.

Reservo para mas adelante el demostrar que la lesion de que me ocupo, no ha sido dependiente de una tuberculosis anterior; pues para ello necesito hacer conocer primero la marcha del caso actual.

Del diagnóstico establecido se desprendía inmediatamente la gravedad del presente caso, y la necesidad de instituir un tratamiento enérgico que destruyendo la lesion existente impidiera la generalizacion de la tuberculosis, es decir, la autoinfeccion del organismo. Con este fin y para proceder con

el mejor acierto, resolví asociarme con el Dr. P.; y someter al enfermo á un régimen establecido de comun acuerdo.

El dia 12, despues de un exámen prolijo, que nos dió el mismo resultado que ya antes he indicado sobre la lesion local y el estado general del Sr. Valentine; y completamente acordes en el diagnóstico, resolvimos destruir la úlcera por medio del rascado y de la cauterizacion con el termo-cauterio de Paquelin. Pero como no desconocíamos el peligro inherente al traumatismo operatorio en las tuberculosis quirúrgicas, la generalizacion de la tuberculosis al pulmon, y queriendo utilizar en el primer caso que se nos presentaba, el *tratamiento preoperatorio de los tuberculosos* tan felizmente concebido y puesto en práctica por Verneuil; (1) acordamos someter al enfermo á dicho tratamiento, bajo la siguiente fórmula:

Iodoformo..... 0,15 centígramos.
Ex tebaico.... 0,03 „

Píldoras nº III, una en alt.; y esperar que se presentara la reaccion característica del iodo en la orina, indicio seguro de la esterilizacion de la sangre y signo positivo de la oportunidad de la intervencion operatoria,—para practicar la operacion. Como cura local aconsejamos el iodo-formo en polvo; y para facilitar la penetracion del ajente medicamentoso hasta las profundas anfractuosidades de la herida, se desbridaron los cinco trayectos fistulosos más estensos, de los diez y nueve que existían.

La presencia del iodo en la orina se descubrió el dia 17; y el dia 19 del mismo mes, practiqué la siguiente operacion acompañado por los Dres. P. D. y R.:

Despues de instalar en diversas sinuosidades de la úlcera, algunas gotas de una solucion fuerte de fenato de cocaina, se estirpó todo el tejido morboso existente con un rascador áde-

---

(*á*) *La Crónica Médica*, Lima. Nº 41, Año IV.

cuado, cauterizando en seguida la superficie cruenta con el termo-cauterio de Paquelin; esperando por este medio y por las curaciones consecutivas con el iodoformo, destruir la virulencia de la solucion de continuidad y convertirla en una herida de fácil cicatrizacion.

En ese mismo dia llamó mi atencion el Dr. R. hácia el pulmon derecho, en el que se notaba lo siguiente: á la percursion, sonido macizo en la parte media de la region posterior; conservándose la sonoridad en las partes superior é inferior, —á la auscultacion, oscuridad notable, ausencia completa del murmullo vesicular en la parte correspondiente al lóbulo medio, conservándose normal la respiracion en el resto del pulmon. En el pulmon izquierdo no habia nada anormal; y en cuanto á las demás funciones de la economia, se conservaban bien.

Antes de pasar adelante debo insistir sobre el resultado de mi exámen, verificado ocho dias antes (el dia 12); y en el que adquirí el pleno convencimiento de la integridad fisiológica de los órganos del aparato respiratorio del Sr. Valentine.

Las lesiones descubiertas el dia 19 era motivo suficiente para inclinarse en el sentido de una infiltracion tuberculosa del pulmon, por auto-infeccion dependiente de la lesion local, y quizá si consecutiva al pequeño traumatismo operatorio, verificado el dia 12, antes de haberse instituido el tratamiento pre-operatorio. En consecuencia se resolvió, que el enfermo continuara tamando las píldoras dn iodoformo; y además dos cucharadas por dia, de Emulsion de aceite de hígado de bacalao, con hipofosfitos de cal y soda; buena alimentacion, alcohol; imbrocaciones de tintura de iodo en la parte media y posterior del torax; y curacion de la úlcera, una vez desprendida la escara, con polmos de iodoformo. Al mismo tiempo se resolvió vigilar constantemente al Sr Valentiene, y proceder segun la marcha que siguiera el proceso morboso que se iniciaba en el pulmon derecho.

Habiendo notado el dia 21 que la lesion pulmonar avanza-

ba de un modo rápido,—pues el sonido á macizo y la ausencia del murmullo vesicular no se limitaban á la parte posterior del lóbulo medio, sino que tambien se hacían perceptibles por debajo de la axila, demostrando así el incremento del trabajo patológico que se fraguaba en el pulmon—resolví solicitar el concurso de otros compañeros; y en efecto, el dia 23 me reuní con los Doctores P. D. R. F. V.

Descubierta la ùlcera, se notó que la operacion practicada el dia 19, no habia modificado su virulencia, su carácter específico, pues con muy lijeras variantes conservaba el mismo aspecto que tenia en dias anteriores; obteniéndose siempre por la presion la salida de algunas gotas de pus caseoso. En cuanto á la lesion pulmonar se encontraba en el mismo estado que el dia 21. Era sí algo notable la demacracion del Sr. Valentiene, quizá si habia contribuido á ella, el abatimiento moral consiguiente al temor del desarrollo de una tuberculosis pulmonar, cuya gravedad no podia desconocer el enfermo.

El Dr. P. despues de hacer la relacion del caso y formular el diagnóstico de la lesion local: *úlcera tuberculosa,* fundado en los datos antes indicados, consideró el estado patológico iniciado en el pulmon como una *infiltracion tuberculosa* desarrollada por auto-infeccion de los productos de la solucion de continuidad del ante-brazo. Hizo presente que aunque no se habia practicado el exámen microscópico del pus, sus caracteres especiales y los de la ùlcera en general, eran motivos màs que suficientes. para considerar como de naturaleza tuberculosa la enfermedad que aquejaba al Sr. Valentine. Propuso que el enfermo continuara sometido al régimen ya prescrito; que se practicara un nuevo rascado y cauterizacion de la úlcera; y, finalmente, que el Sr. Valentine se trasladara á un clima de altura, á fin de que por la accion microbicida del aire de esos lugares, pudiera detenerse la marcha de la afeccion pulmonar. Indicó como más conveniente la ciudad de Tarma.

Aceptando completamente las ideas espuestas, y el tratamiento propuesto por el Dr. P.; hice notar el modo como en mi concepto se habia desarrollado la úlcera tuberculosa de que nos ocupábamos, es decir, repetí los fundamentos en que me he apoyado al hacer el diagnóstico de esta enfermadad. Y tratando en particular de la lesion existente en el pulmon derecho, dije: que segun mi modo de ver los bacilos instalados en la superficie cutánea del ante-brazo, no pudiendo penetrar á las profundidades de la region por la barrera infranqueable opuesta por la aponeurosis; que, como se sabe perfectamente, es un obstáculo poderoso á la marcha del micro-organismo específico de la tuberculosis, cuando aquella se realiza de la periferia al centro; habian caminado por la via linfàtica, mucho más favorable para su migracion, y llegado al pulmon dende iniciaban un trabajo patológico de idéntica naturaleza al del ante-brazo. Confirmaba esta opinion la circunstancia de ser el lóbulo medio del pulmon el principalmente interesado; y se sabe que los linfáticos del lòbulo medio tienen amplìa comunicacion por intermedio de los linfáticos de la pleura (1) con los que emerjen de los ganglios auxiliares donde terminan todos los vasos linfáticos del miembro superior; mientras que los linfáticos del lóbulo superior del pulmon, están en conexion con los que emerjen de los ganglios situados en las regiones laterales del cuello, explicándose así porque, en el presente caso la tuberculosis pulmonar empezaba por el lóbulo medio del pulmon derecho. Y como quiera que en el estado actual de nuestros conocimientos, la permanencia en un clima de altura es la terapeútica más eficaz en el tratamiento del periodo inicial de la tuberculosis pulmonar; crei conveniente que el Sr. Valentine se trasladara inmediatamente á Tarma, que es uno de los mejores lugares del departamento de Junin, el más próximo á Lima.

---

(1) Iarjavay, Cruveilhier, Richet, Recklinghausen, His, Mascagni, Dydkowski, Sanchex, Toledo. ("*La Encillopedia*,,, Habana, T. III. Nº 9. F*uberculosis axilar*,ıpor el Dr. J. R. Montalvo).

Estuvieron conformes con mi opinion los Dres. D. y R.: sin embargo de que el primero creyó que era suficiente la permanencia en un puerto de mar, para detener la marcha de la tuberculosis incipiente que aquejaba al enfermo en cuestion.

Los Dres. F. y V. opinaron de muy distinto modo, y manifestaron las dudas que tenian sobre la exactitud de mi diagnóstico. Para ellos, la lesion local no era otra cosa que una úlcera indolente, cuya cicatrizacion no se habia efectuado por el temperamento linfático del sugeto; y en cuanto al trabajo patológico del pulmon, lo consideraron como un proceso conjestivo pasivo, independiente de toda causa específica. El Dr. F. hizo presente que la circunstancia de estar indemne el vértice del pulmon, y la unilaterelidad de la lesion, excluian la posibilidad de una tuberculosis. Y el Dr. V. á las razones anteriores añadió, que las labores del Sr. Valentine en el hospital eran muy pasivas, para haber determinado el desarrollo de una tuberculosis. Ambos se apoyaron tambien en la falta del exámen microscópico del pus, para negar la especialidad de las lesìones existentes. Propusieron modificar la constitucion del paciente por medio de un tratamiento tónico-reconstituyente (quina, hierro, &ª) la aplicacion de un vegigatorio volante para yugular el proceso congestivo del pulmon, y el empleo de tópicos estimulantes para activar la cicatrizacion de la ùlcera.

Después de una corta discusion se acordó: 1.º Verificar el examen microscópico del pus, como medio seguro de llegar à confirmar el diagnóstico establecido; 2.º continuar empleando el régimen terapèutico ya establecido (iodoformo, aceite de higado de bacalao, alcohol &.ª); 3.º aplicar un vejigatorio volante á la parte media del pulmon derecho; y 4.º intentar nuevamente la destruccion de la lesion local por el rascado y la cauterizacion con el termo-cauterio de Paquelin. Esta operacion la practiqué el dia 24, acompañado por los Dres. R. y P., y siguiendo el mismo manual operatorio empleado

el dia 19. La escara se desprendió el dia 28, y á partir de ese dia se continuaron las curaciones con el iodoformo.

Según el Dr. F.·. "El exámen microscópico del pus de la úlcera del Sr. Valentine, reveló la presencia de numerosos bacilos de Koch; caracterizados tanto por su forma y su tamaño como por sus reacciones colorantes por medio del método de Erlich"; con lo que se confirmó plenamente el diagnóstico preestablecido.

Conocido el resultado del exámen microscópico, cité á una nueva consulta que se verificó el día 30 y á la que concurrieron los Dres. P. D. y F. En ese dia se vió, que en la parte media de la solución de continuidad existía una pequeña lengüeta de tejido morboso, encontrándose el resto cubierto de abundantes botones y en vía de cicatrización. La lesión pulmonar se hallaba casi en el mismo estado, pues era muy insignificante la modificación favorable que se notaba.

El Dr. F. después de dar cuenta de sus investigaciones microscópicas, con la hildaguía que caracteriza al verdadero hombre de ciencia, al práctico ilustrado, al médico que acepta las verdaderos conquistas de la medicina moderna, reconoció la exactitud del diagnóstico; y, como para confirmarlo hizo notar el infarto de los gánglios epitrocleano y axilares; lo que corroboraba que los bacilos habian seguido la vía linfática para llegar al pulmón y provocar un proceso, cuya naturaleza tuberculosa habia que aceptar, una vez evidenciada la especifidad de la lesíón local.

Se resolvió: 1.º volver á destruir la parte existente del tejido morboso; 2.º insistir en el tratamiento ya presrito; 3.º colocar un vegigatorio volante en el pulmón derecho; y 4.º que el Sr. Valentine se trasladara á Tarma (1) tan luego como la úlcera se encontrase en buena vía de cicatrizacion.

(1) *Tarma*, capital de la provincia de su nombre, es una Peblacion de 14 mil habitantes, situada en la la parte trasandina y á una altura de 8500 pies sobre el nivel del mar. Goza de un clima suave, templado y uniforme.

La destruccion de la parte virulenta de la úlcera, la practiqué el dia 1º de Julio, acompañado de los Dres. P. y D.: habiendo notado, después de separar con el rascador todo el tejido enfermo, que la aponeutosis subyacente estaba completamente sana.

El dia 16 del mismo mes, con la úlcera convertida en una herida en perfectas condiciones, marchó el Sr. Valentine á Tarma.

A los pocos dias de permanecer en ella, el enfermo tenia su solucion de continuidad completamente cicatrizada, se detuvo su marcha notablemente, á tal punto que hoy se encuentra en plena convalecencia; como tuvo ocasion de observarlo el Dr. P. que vió al enfermo à mediados del mes de Octubre.

Ha llegado el momento de demostrar que la lesion pulmonar tuberculosa que aquejó al Sr. Valentine, fué consecutiva á la lesion del ante-brazo y no primitiva; es decir, que se produjo por auto-infeccion de los productos de la solucion de continuidad.

Como primer argumento en contra podría citarse la lentitud de la cicatrizacion de la herida consecutiva al forúnculo inicial; lentitud que podria hacerse depender de alguna enfermedad general anterior. Pero no deben olvidarse dos circunstancias: el temperamento linfático del Sr. Valentine; que tenia que contribuir á retardar la cicatrizacion; y el traumatismo accidental acaecido á los pocos dias de practicada la primera insicion (30 de Enero) cuya funesta influencia en la marcha de las heridas es de todos conocida.

Por otra parte, si la lesion pulmonar hubiera sido primitiva y como consecuencia de ella, se hubiese trasformado en específica la herida del ante-brazo; se habrian notado en el pulmon los signos evidentes de una tuberculosis avanzada, signos que no se descubrieron ni á principio ni en el decurso de la enfermedad. Muy al contrario, como ya lo he dicho antes, el dia 13 de Junio adquirí el pleno convencimiento dc la

integridad de los órganos del aparato respiratorio del Sr. Valentine; y los primeros signos de la lesion pulmonar, no se notaron sino el dia 19 (*siete dias despues*) lo que demuestra de un modo evidente que la tuberculizacion del pulmon fué consecutiva.

Hay más todavía, la marcha del bacílus en la tuberculosis es distinta segun se realice de la periferia al centro, ó del centro á la periferia. En ambos casos se hace por la vía linfática; pero en el primero, camina por los linfáticos superficiales, respetando la barrera de la aponeurosis, interesa los gánglios que encuentra en su camino y llega rápidamente á las vísceras sin tocar á los huesos ni á las articulaciones. Por el contrario, en el segundo caso, los bacilos emanados de los órganos parenquimatosos emigran por los linfáticos profundos, interesan la mèdula de los huesos y provocan el desarrollo de tuberculosis óseas y articulares, que no se descubren, sino cuando han realizado grandes trastornos y producido mayor ó menor número de trayectos fistulosos. Esta marcha diferente del bacilo de Koch está en conformidad con las condiciones especiales de su vitalidad, pues para vivir y pulular necesita una temperatura elevada y encontrarse en órganos en los que abunde la sangre: condiciones que se realizan en las vísceras y particularmente en el pulmon. Por eso es que cuando el microbio patógeno de la tuberculosis se aloja en la piel, como no puede penetrar á las profundidades de la region, provoca la destruccion caseosa de los elementos anatómicos que la constituyen (lo que se llamó en un tiempo *gangrena molecular*), hasta encontrar la vía linfática que debe conducirlos á los órganos parenquimatosos.

Recordando la marcha de la enfermedad del Sr. Valentine, se vé que los bacilos han caminado en su organismo de la periferia al centro.

El presente caso es una prueba evidente, que merece agregarse á los muchos ya conocidos, de la inoculabilidad y contagiosidad de la tuberculosis. Es un ejemplo notable de contajio.

Ha permitido tambien comprobar las grandisimas ventajas del tratamiento preoperatorio, propuesto y practicado la vez primera por Verneuil. En el organismo del Sr. Valentine reunía todas las condiciones favorables para la implantacion y germinación del bacilo de Koch, talla elevada, flacura excesiva, sistema oseo desarrollado, hombros levantados, poca capacidad respiratoria; y sin embargo, mediante el uso de iodoformo, se logró esterilizar su sangre y poner á los glóbulos en aptitud de luchar ventajosamente con los bacilos, que tenían que penetrar en abundancia al torrente circulatorio una vez que el traumatismo operatorio les proporcionara ancha via. Si el Sr. Valentine hubiera sido operado antes de tomar el iodoformo, tengo la seguridad de que se habria desarrollado en él, una tuberculosis de marcha rápida, que se evitó mediante el tratamiento empleado, tan en conformidad con los datos de la fisio-patolojía experimental.

Finalmente, el caso actual ha reveladò una vez más, la necesidad de establecer en los hospitales, salas especiales para los tuberculosos. El enfermo atacado de tuberculosis como he tenido ocasión de decirlo antes de ahora(1), cuando se encuentra en una sala de hospital, es un peligro constante para los enfermos que le rodean.

La debilidad consiguiente al estado de estos, les pone en aptitud de adquirir una nueva enfermedad, principalmente cuando padecen de alguna afección del aparato respiratorio, ó se encuentran en posesión de una soluciòn de continuidad. La tuberculosis es hoy considerada entre las enfermedades infecciosas, al igual del cólera, la fiebre amarilla, el tifus, etc. (2); y como tal, hay suficiente motivo para emplear en todos los casos medidas idénticas; aislamiento, desinfec-

---

(1) "La Crónica Medica"--*Apuntes sobre la profilawis de la tuberculosis,* números 16, 18 y 19. Año II. 1885.

(2) Richard.—*Medios de prâcticar la desinfecciòn.* — Congreso int. de Hig. y Demografia de Viena, 1887

ción, etc. Mantener las cosas tal como hoy estan en nuestros hospitales, es no sólo censurable sino criminal; es querer desconocer la evidencia de los hechos y el progreso de la Ciencia.

Lima, 16 de Noviembre de 1887.

LEONIDAS AVENDAÑO.

UN CASO DE HISTERO-EPILEPSIA

CURADO POR LA SUGESTION HIPNÓTICA

La importancia que en los últimos cinco años han tomado los estudios sobre la hipnosis y el interés, siempre creciente, con que cada uno de los periódicos científicos anota cada nueva observacion sobre la materia, me han inducido á redactarles una tomada de mi práctica profesional, y que no deja de tener algo de interesante.

Ante todo, soy de los que piensan que el hipnotismo y la sugestion han de contribuir poderosamente no solo al conocimiento íntimo de una serie de problemas psicológicos, sino aun han de servir tambien como un agente terapéutico, muy útil en ciertos y determinados casos, aunque todavía, por la falta de datos precisos, no nos sea posible fijar su verdadera importancia en muchos en los que, de seguro, su aplicacion produciría espléndidos resultados. Pero, dados los conocimientos actuales sobre la materia y el peligro que la sugestion ofrece para la perpetracion de crímenes y delitos de toda especie, y aún los ligeros accidentes que pueden presentarse en ciertos sujetos durante las primeras sesiones, es casi inútil que digamos que somos tambien partidarios de

dejar la práctica del hipnotismo solo á los médicos titulados y aún seríamos de opinion de no generalizar todavía su uso en la terapéutica.

Es cierto que los accidentes anotados por los observadores no pasan de ser sino los mismos que se indican para casi todos los agentes terapéuticos, aún los más inocentes. ¿Habriamos de renunciar al cloroformo por que ha habido casos de muerte por su inhalacion?

Dicho esto, entro en materia.

Se trataba en la observación que vamos á relatar à la ligera de una niña de 16 á 18 años de edad, de aparente buena salud, pero que desde hacia 15 ó 16 meses sufria de *ataques*, que vamos á describir más adelante.

Durante el día, por lo general, habia veces que perdía el conocimiento y caía en el más profundo sueño, del que no era posible despertarle, aún por gritos ó por clavaduras profundas hechas con una aguja ó alfìler. La insensibilidad era absoluta y la cara tomaba una palidez estrema. Minutos más tarde despertaba, pero sin tener el menor recuerdo de lo que le habia pasado. Era, màs ó menos, el estado de *ausencias*, que describen los autores en las formas más benignas de la epilepsia, pero que venia acompañado de un sueño profundo. Esto se repetia 4 ó 6 veces diarias.

Alternando con estas manifestaciones precediéndole unas veces, siguiendole otras, caía tambien muy á menudo en un verdadero ataque de histero-epilepsia, con convulsiones tónicas y clónicas generalizadas que, despues de pasar, le dejaban en estado de abatimiento intelectual, cada vez más notable.

El estado del ánimo en nuestra enferma habia sufrido, como es de suponerlo, grandes alteraciones y en la época que fué examinada por el que esto escribe estaba ya con el aspecto de una melancólica.

La repetición de estos ataques 4, 6, 7 hasta 8 ó 10

veces diarias, le impedian salir á la calle y aún entregarse á sus ocupaciones ordinarias.

En su familia no habia antecedentes que hicieran sospechar en una herencia mórbida y, por los datos que nos suministró la misma enferma, pudimos convencernos que tal vez lo que mas habia contribuido á colocarla en aquel estado ó á agravar su situación eran ciertas contrariedades que habia tenido que sufrir y que, naturalmente, habian perturbado profundamente su ánimo.

Por su posición social, y aunque residía en un pueblo de provincia, pudo ser atendida por un competente facultativo, que puso el mayor empeño en mejorarla; recurrió á casi todos los agentes terapéuticos conocidos, bromuros alcalinos á altas dosis, preparaciones de belladona, etc. etc. pero aunque estuvo bajo la influencia de este tratamiento por espacio de más de un año, la mejoria no pudo conseguirse. La enferma seguia cada dia peor, sus ataques no disminuian, y el ánimo cada dia tambien más abatido.

En estas condiciones sus padres resolvieron traerla á Santiago y vino la enferma recomendada al Dr. D. Isaac Ugarte Gutierrez, nuestro distinguido maestro de Clinica Médica, y cuya práctica y conocimientos le han conquistado la más envidiable reputación profesional. Fué sometida durante más de un mes á un tratamiento enérgico, pero los resultados fueron idénticos á los que habia obtenido nuestro colega de provincia.

En vista de la inutilidad de los ajentes terapéuticos usados y del ningún éxito obtenido, el Dr. Ugarte resolvió poner en práctica la sugestion y como sus ocupaciones no le dejaban el tiempo suficiente para ello, me recomendó á la enferma y me suplicó tratara de lipnotizarla.

Después de hacer el exámen, cuyo resultado dejo consignado más arriba, me propuse ensayar el hipnotismo. Las dos primeras sesiones no me dieron la menor esperanza de que conseguiria hacerla dormir, pero, siguiendo la recomenda-

ción de Líegois y Bernhein, le hice presente que no debia desesperar y que todavia, aún despues de 10 ó más sesiones infructuosas, era posible conseguir el resultado. En efecto, al tercer dia, después de ciertos instantes, conseguí hacerla caer en el sueño hipnótico, por medio del procedimiento más comummente usado, el clásico. El sueño era perfecto y la sugestion podia hacerse á voluntad. Le sugerí la idea de tener inmediatamente después de despertar, un ataque, cosa que hizo con toda exactitud. Volví nuevamente á hipnotizarla y entonces le sugerí la idea de que no debia tener en adelante ningún ataque. Me presentó, al principio alguna resistencia para aceptarme esta sugestión, pero luego, merced al tono imperativo con que yo se la hacia, consegui lo que deseaba.

En previsión y á fin de hacer más imperioso el poder de la sugestión, segui haciéndola dormir diariamente 6 ú 8 veces. Tuve precaución de hacerle además algunas sugestiones relativas al estado del ánimo y el resultado fué tan lisongero como el obtenido con respecto á la enfermedad misma.

Despues de este tiempo se vió precisada á volverse al lugar de su residencia y durante 15 dias más no tuvo nuevamente ningun ataque. A consecuencia de nuevos sufrimientos morales y contrariedades de familia, le repitió el ataque una vez, pero bastó una carta mia para hacerle renacer la sugestión

He vuelto á ver á la enferma hace 10 ó 12 dias, es decir 8 meses después de terminado el tratamiento y me he podido cerciorar del espléndido resultado obtenido por medio del tratamiento, tanto más halagüeño cuanto que ya no era posible esperar ningun éxito de los diversos agentes terapéuticos.

Nada de estraño tiene la observación que les relato, pero conviene que sean dadas á luz todas las que cada uno recoja sobre esta materia, cuya importancia despierta dia á dia un nuevo interés para el práctico.

Las últimas discusiones de las principales sociedades cientificas de Europa, de la Academia de Medicina de Bélgica,

de la Academia de Medicina de Paris, los datos que dia á dia consigna la prensa cientifica y el interés con que una cantidad de incansables experimentadores continúan las investigaciones sobre los fenómenos, todavia no bien conocidos, del hipnotismo, me han inducido a hacer tambien por mi parte algunos estudios y fruto de estos ha sido el folleto que sobre la materia he publicado en compañia de mi querido amigo y colega el Dr. Benavento, folleto que ya he tenido el gusto de remitir al "CIRCULO MÉDICO". Como complemento de estos estudios he recogido tambien algunas observaciones clínicas, y una de ellas es la que hoy les envio para los "ANALES" y que ojalá para Vds. ofrezca algún interés.

De Vds. señores Directores, atento servidor y colega.

OCTAVIO MAIRA
(Socio corresponsal).

Santiago de Chile, 20 de Noviembre de 1888.

Revista Extranjera

Terapéutica de la Difteria

POR EL

Dr. D. ANDRÈS MARTINEZ VARGAS.

Catedrático de enfermedades de la infancia en la Facultad de Granada.

La oportunidad lamentable de la presente ocasion epidémica, y el mérito grande de este trabajo como fruto de un hombre consagrado á este estudio desde el año 1860, en que A. Jacobi dio su primer folleto sobre difteria, ampliado despues en 1880 con un libro, muévenme á propagar entre nosotros lo sustancial de un extenso y reciente folleto publicado por el Catedrático de enfermedades de niños de Nueva York, que poco há me dió en Paris como testimonio de la amistad con que me honra.

En este escrito admirable, encargado por la Sociedad Médica de Filadelfia y leído en ella el 23 de Mayo último, despues de una introduccion donde advierte que la ocasion no está para literaturas, manifiesta que expondrá en lenguaje llano y sencillo las medidas terapéuticas que en estos treinta ùltimos años ha encontrado mas eficaces, prescindiendo de tan numerosas panaceas como han sido encomiadas sin la sancion de la clínica. A continuacion se expresa en estos términos:

La difteria es una enfermedad contagiosa; varias formas graves pueden tornarse benignas, de igual modo que muchos casos benignos se hacen graves. No hay probablemente un orígen espontáneo de la difteria, del mismo modo que se conoce en la escarlatina ó cólera. Lo que se ha llamado amig-

dalitis folicular ó "tonsilitis", es difteria en muchos, quizá en la mayoria de los casos, si bien es rara vez peligrosa para el enfermo, porque las amígdalas no tienen sinó muy pequeña comunicacion linfática con el resto del cuerpo; sin embargo, esta variedad es tambien contagiosa y de las que mas fácilmente padecen los adultos; este hecho hizo generalizar al autor la frase de que hay tanta difteria fuera como dentro de puertas; tanta en el lecho como fuera de él. Con esa variedad, el adulto está en la calle, en sus negocios, en la escuela, en el coche de ferro-carril, en la cocina y en el cuarto de niños; con ella los padres, quejándose de malestar en la garganta, besan sus hijos. Donde quiera que esa afeccion sea sospechada, debe ponerse cuidado; donde exista, debe ser aislada y tratada, menos quizá por el peligro de los mismos enfermos, que por las personas que corren riesgo de ser infectadas. Tanto más necesario es esto, cuanto que esta forma es capaz de durar mucho tiempo y de dar orígen á repetidos ataques; mas no sólo esta variedad benigna suele prolongarse, que tambien muchos casos graves duran semanas y aun meses, y mientras persisten son contagiosos.

Estos recuerdos y citas de los primeros escritos, justifican el preeminente sitio por Jacobí concedido al tratamiento preventivo. Los enfermos con difteria, grave ó leve, deben ser aislados. Si es posible, los otros niños deben sacarse de la casa, lo que rara vez se consigue en la familia de los pobres, esto es, en los distritos mas poblados. Una gran caridad podría realizarse levantando edificios, dormitorios y salas de recreo para aquellos que han de ser temporalmente separados de sus casas infectadas.

Una de mis proposiciones—dice el autor—ante la Sociedad Médica del Estado de Nueva-York en sus meetings de 1882, dió por resultado la creacion del Willard Parker Hospital de Nueva York para asilar à los que padecen de escarlatina y difteria. La creacion de un número suficiente de casas temporales sería una gran bendicion para los pobres y

una mayor proteccion para el público en general. A ser imposible enviar fuera los niños buenos, se les permitirá vivir en el costado de la casa, al aire libre, tanto tiempo como se pueda; por las noches se tendràn abiertas las ventanas de sus dormitorios, dispuestos en lo más distante del enfermo; durante el invierno, en el piso màs bajo. Todos los dias sus gargantas serán examinadas, así como las madres tomaràn la temperatura en el recto, con lo que puede llamarse al mèdico á la aparicion de los mas lijeros trastornos. Los pocos minutos gastados en esta faena son suficientemente recompensados por las ventajas que proporcionan. Los cuidadores de los diftéricos no tendrán relacion alguna con los niños sanos; aunque una visita breve ni enferma al médico ni le hace peligroso para los demás, una larga exposicion le afecta, lo mismo que á una niñera, en mayor ó menor proporcion.

Los niños sanos de una familia en que hay difteria, no deben ir á la escuela ni á la iglesia; las escuelas deben cerrarse cuando cierto nùmero de alumnos ha sido atacado, ó mejor aún, cuando hay una epidemia, aunque no hayan sido atacados muchos escolares; los maestros han de estar instruidos en el exámen de la garganta, lo que harán todas las mañanas, enviando á su casa el niño que aparezca sospechoso.

Cuando un ataque de difteria ha estallado, deberá examinar la condicion higiènica de la casa, con sus influencias perniciosas en la salud general de los inquilinos, y buscar despues el orígen del caso en las personas de amigos ó asistentes, y aplicar el oportuno correctivo.

Una familia con niños debe insistir en la inspeccion de las gargantas de sus criados; los que padezcan un catarro faríngeo crónico, no deben ser admitidos. Las costureras, lavanderas, que vienen á las casas en determinados dias, las enfermeras, niñeras y cocineras deben ser examinadas de cuando en cuando, tanto más cuanto que estas personas

tienden, por razones obvias, á ocultar trastornos ligeros; las oportunidades de infeccion son tan numerosas, que es imposible vivir libre de ellas absolutamente. Fácilmente se concibe cuántos casos de difteria están destinados á propagarse por maestros, tenderos, restauradores, barberos y peinadoras.

En tiempo de epidemia, cada sitio público, teatro, salon de baile, comedor y taberna, deben ser tratados como un hospital. Allí, donde hay grandes aglomeraciones de gente, hay muchos ciertamente que llevan la enfermedad. La desinfeccion debe exijirse en intérvalos regulares. A este respecto, el autor repite lo que recomienda en su tratado (1); los carruajes públicos deben ser tratados del mismo modo despues de haber conducido un caso sospechoso, lo que parece bastante natural tratándose de un caso de viruela. Los dueños de cocheras, tan impacientes por destruir el gérmen de la viruela en sus coches, deben saber que la difteria es tan peligrosa como aquella á un pasajero; y lo que es correcto con un pobre coche de punto, debe serlo más con un coche de ferro-carril, sea emigrante ó Pullman, es decir, ordinario ó de gran lujo; el autor ha visto muchos casos de difteria entrando y saliendo de la ciudad en ellos. En tiempo de epidemia todos deben ser desinfectados por intérvalos regulares, porque siempre los grandes caminos de pasajeros han sido los de las enfermedades epidémicas. ¿Puede esto cumplirse? ¿No se resistirían las compañías de ferrocarriles á un plan de desinfeccion regular so pretexto de su gasto? ¿No habria una protesta contra esta despótica violacion de los derechos del ciudadano, la independencia de su bolsillo? Ciertamente ocurrirá lo mismo que cuando la autoridad municipal comenzó á obligar á los padres á que retuvieran en sus casas á los niños, sin enviarlos á la escuela cuando tenian enfermedades contagiosas en sus familias, ó cuando los

(1) A teatrise on difteria, pág. 172. Cyclopædia de Pepper. (I. 697)

variolosos eran arrestados por el peligro que ofrecian para los pasajeros, de ir en un coche de punto ó tambien cuando eran llevados á un hospital de febricitantes para la proteccion de sus vecinos. En casos semejantes no es la Sociedad ni el Estado quien tiraniza á los individuos; son éstos los que ponen en peligro á la sociedad.

Hasta qué punto la sustancia infectante puede adherirse á lo ambiente, muéstrase bien por los casos de difteria que estallan en puntos donde no se veia la afeccion hacia años, y que no estaban en relacion con foco alguno; ó mas bien por séries de observaciones de auto-infeccion. Cuando un diftérico ha permanecido en un cuarto algun tiempo, las paredes, las colgaduras y las alfombras son infectadas, el niño que iba mejor tiene un nuevo ataque; puede aliviarse de nuevo y otra vez decaer. Así los he visto morir ó aliviarse inmediatamente despues de cambiarlos de cuarto ó casa. A ser posible, un niño con difteria debe cambiar de cama y cuarto por tandas de pocos dias.

Otras reglas de proteccion y desinfeccion, ambas privadas y públicas, inclusa la prohibicion de los funerales públicos, pueden ponerse en práctica. Para lo cual, el autor alude á los Consejos admirables publicados por el Consejo Nacional de Sanidad de los Estados Unidos, en su *Boletin* (1). Aunque esos consejos firmados por varios médicos son notables por lo eficaces y detallados, sin embargo, renuncio á copiarlos; pues desde aquella época acá, la desinfeccion ha ganado así en su eficacia, comprobada experimentalmente. como en sencillez y economìa: basta aplicar las estufas de vapor con presion y los pulverizadores, sistema Geneste, para purificar las ropas y las paredes de nn modo rápido y seguro. (2)

La prevencion puede cumplirse en gran parte por el individuo; por regla general, la difteria no ataca á un tegumento

(1) Bulletin of the National Board of Health, 6, Set., 1879.

(2) Mi Memoria sobre *Desinfeccion práctica moderna.* (En prensa)

sano, sea este piel ó membrana mucosa. Un buen preventivo es por esto mantener las membranas mucosas en estado de salud. El catarro de la boca, de la faringe y de la nariz, debe ser curado á tiempo. Muchos catarros crónicos nasales, con ganglios abultados alrededor del cuello, requieren algunas veces dos ó tres inyecciones regularizadas de agua salada (1:300) en la nariz, ó gargarismos, si el niño es bastante crecido para hacerlo. La adicion de 1 por 100 de alumbre, á menudo, será muy útil. Este tratamiento debe ser continuado por muchos meses ó aun años; pero como no hay en ello mucho trabajo, no debe omitirse en modo alguno. La pulverizacion nasal de una solucion de nitrato de plata (1:500 ó 1:1000); y con frecuencia un tratamiento que en mi juventud se despreciaba, me ha prestado grandes servicios. Consiste en la administracion interna de la tintura de pimpinella saxifraga. Es en verdad un remedio eficaz en la faringitis y laringitis subaguolas ó crónicas. Yo la doy generalmente á los adultos, diluida con partes iguales de glicerina y agua, una cucharadita de café cada dos ó tres horas, con la prohibicion de que no se tome agua en mucho tiempo despues.

Las amígdalas abultadas deben ser operadas cuando no hay difteria; durante una epidemia toda herida de la boca está expuesta á hacerse diftérica en un dia, y semejantes operaciones deben aplazarse á ser posible. Yo he abandonado la socavacion desde que me va mucho mejor con el uso, bajo la cocaina, del galvano-cauterio. De una á cuatro aplicaciones en cada lado ó en el espacio postnasal, bastan, por lo general, para cada caso de amígdalas hipertrofiadas ó amigdalitis lacunar. Es prudente cauterizar sólo un costado cada vez para evitar el inconveniente de una inflamacion consecutiva, así como quemar de la superficie al fondo. De la cauterizacion del centro de las amígdalas puede resultar inflamacion, dolor y supuracion, á menos que el cauterio sea llevado enteramente sobre la superficie; esto quiere decir que

la cauterizacion debe ser superficial. Otra precaucion es aplicar frio el cauterio y calentarlo *in situ*.

El catarro nasal y la proliferacion de la mucosa y del tejido sub-mucoso puede requerir el mismo tratamiento; segun mi experiencia estos casos son menos frecuentes que aquellos otros en que las amígdalas necesitan la correccion.

La presencia de inflamaciones glandulares alrededor del cuello no debe tolerarse: ellas, la boca y la membrana mucosa se afectan mútuamente. Evitaríanse la mayoría de las veces si los eczemas de la cabeza y cara, las estomatisis y rinitis, consecutivas á la poca limpieza, las quemaduras, traumatismos ó cualquiera otra causa fueran curados de una vez. Una cuidadosa vigilancla de este género prevendría muchos casos de difteria, supuraciones glandulares, deformidades y tísis.

Para los saludables efectos de la membrana mucosa de la boca el clorato de potasio ó de sodio, que es por varios proclamado como específico ó poco menos, es contado por Jacobi entre los remedios preventivos. Si se quiere, en un caso de difteria sería un adyuvante; demuestra sus buenos efectos en los estados catarrales y ulcerosos de la cavidad bucal. Cuando la difteria, mantiene la membrana mucosa en estado de salud ó se la restablece; por ello evita la extension del proceso diftérico.

La difteria rara vez se observa en un tejido sano ó de aparente integridad. La pseudo-membrana está casi siempre rodeada por una úlcera ó asiento en una membrana mucosa hiperemiada ó edematosa. En verdad esta hiperemia precede á la aparicion de la exudacion diftérica en casi todos los casos: las excepciones de esta regla son aquellas en que el vírus echa raíces en los intersticios del epitelio tonsilar normal, como hace algunos años señaló Stoehr. Realmente muchos casos de enfermedad de garganta desarrollados durante una epidemia de difteria, aun los de faringitis, son de aquellos que, en circunstancias adecuadas, pueden terminar en la

difteria. Las gargantas enfermas son tan frecuentes en el reinado de una epidemia, que en su primer tratado de diferia en 1860 (1), el autor apoyó su razonamiento en 200 casos de difteria genuina y 185 de faringitis sin una membrana visible.

Estos casos de faringitis y otros semejantes de estomatitis y faringitis que se acompañan de membranas, son aliviados por el efecto local y general del clorato potásico, y estando las partes ambientes sanas, ó restableciéndose pronto á la salud la membrana permanece circunscrita; no se extiende. El carácter general benigno de la difteria puramente tonsilar, que suele terminar su curso en cuatro ó seis dias, ha contribuido de esta manera á asegurar el clorato de potasio la reputacion del remedio de la difteria. La dosis de esta sal no debe ser mayor de 15 granos (1 gramo) (2) para un niño de un año, ni de 20 ó 30 (1,2—2) para otro de 3 á cinco años en las veinticuatro horas. Un adulto no tomará más de 6 gramos diarios; nunca se usarán pocas y grandes dosis, sino, al contrario, pequeñas dosis en cortos intervalos: una solucion de 1 parte en 60; para dar una cucharadita cada treinta minutos á un niño de uno á dos años.

Aun no es tarde para protestar contra el uso de las grandes dosis. La simple constancia en medicina práctica, hace más que forzadas repeticiones. Como los casos de envenamiento actual por el clorato de potasio no son muy raros y se debería tener de ellos un conocimiento general, es de creer que accidentes fatales ocurren todavia en la práctica de los médicos. Cuando yo experimenté en mí mismo, con dosis de media onza, hace treinta años, los resultados fueron ligera irritacion gástrica y muy intensa renal.

Lo mismo esperimentó Fountain, de Davenport, Iowa, cuya muerte con una onza de esa sal ha sido descrita de un modo impresionable en la *Materia Médica* de Alfredo Stillé,

(1) American Méd. Times, Agosto 11 y 18.
(2) En la farmacopea yankée el gramo consta de 15 granos.

de quien el autor lo ha copiado. Su muerte por el clorato de potasio me indujo á prohibir las grandes dosis desde el año 1860. En mi contribucion á *Handbuch der kinderkrankheiten,* de Gerhardt (1), hablo de una série de casos conocidos personalmente por mí; en 1879 (2), ante la Sociedad Médica del Estado de New-York, traté este punto con una monografía, mencionando los peligros de usar abundantemente esta sustancia, que ha llegado al género de los remedios domésticos; y finalmente, he coleccionado en mi libro todas mis observaciones y algunas recordadas por otros. Desde ese tiempo acá, los casos citados han sido bastante numerosos, y hace algunos dias referíanse algunos ante la Sociedad de *Practictioners*, de New-York. Los hechos son indudables aunque difieran las descripciones; probablemente la muerte ocurre por metemoglobinuria producida por la presencia del veneno en la sangre; aunque Stockvis, de Amsterdan, con una série de experimentos, ha tratado de corroborar mi primera afirmacion de que la muerte era producida por una neuritis aguda.

Los intentos de formular indicaciones para el tratamiento de enfermos con difteria—y no digo tratamiento *de* la difteria—basados sobre una idea preconcebida de la naturaleza y causas de esta enfermedad, son todos fútiles. Conozco muchos casos que son indudablemente de un orígen local; pero hay otros, para los cuales no se necesita otra prueba de su carácter infeccioso primitivo que el tener un período de incubacion. Sin embargo, todo esto es indiferente en vista de que los casos que somos llamados á tratar son por regla general ó se han hecho ya locales y constitucionales. Son estos los que casi exclusivamente conocemos.

No hay prueba más elocuente de la no existencia de específico contra la difteria, que el haber sido agotada la farmacopea en busca de alguno, y el hecho de que nuevos remedios

(1) Vol. 11, 1877.
(2) Méd. Record, Marzo 15.

legítimos ó ilegitimos son recomendados en todo tiempo como panaceas. Ademas de ciertas indicaciones comunes á todos, cada caso debe ser tratado por los principios generales, que se aplicarán á los fenómenos individuales prominentes. Cuando hay alta temperatura en los comienzos, requiérese el tacto de un buen médico para juzgar la prudencia de reducirla por los antipiréticos, como afusiones, baño caliente, baño frio, antipirina, antifebrina ó el uso hipodérmino del carbamido de quinina. Las convulsiones pueden requerir un tratamiento activo, como inhalaciones de cloroformo, ó el hidrato de cloral en bebida ó por el recto; los vómitos ú otros síntomas cerebrales, bebidas, ó mayores ó menores dósis de opiados; un pulso rápido y débil, dósis de estimulantes cardiacos, digital, estrofanto ó esparteina, muy al principio.

Las complicaciones renales ocurren en el primer periodo. La mayoría de los casos terminan favorablemente; en algunos gran cantidad de albúmina se elimina por la orina y desaparece brevemente. Aunque un caso de esta naturaleza se presentara, no sería de pronto conocido, y en el tiempo del peligro nada podría oponérsele. Leche ó dieta farinácea, agua abundante, ó mejor Poland Bethesda, Seltzer, Apollinarie ó Vichy, baño caliente, baño de piés, una buena dósis de calomelanos, y cada hora ó cada dos horas pequeñas dósis de ópio mejor que digital, nitroglicerina, probarian á menudo beneficiosamente. Si resultara una nefritis difusa, como frecuentemente acontece con la escarlatina, agravaríase el pronóstico y se necesitaria un tratamiento ulterior conducido sobre los principios generales.

Hasta que punto es eficaz el tratamiento local si fuera posible emplearlo, vése claramente en las superficies diftéricas externas, tales como el cutis denudado por vejigatorios, las regiones inguinales ulceradas, con intertrigo, la vagina, las heridas de la circuncision y las incisiones traqueales. Yo las he tratado con casi todas las sustancias recomendadas para estos estados y estoy más complacido con el efecto del

iodol ó iodoformo pulverizado, una parte por ocho ó diez de vaselina. Los polvos de subnitrato de bismuto, ácido bórico, salicílico, con quince ó veinticinco partes de almidon, no me han dado el mismo buen resultado.

Las conjuntivitis diftéricas requieren tambien el tratamiento local solo. Consiste en la aplicacion de pequeños sacos de hielo ó paños helados, que deben renovarse á los pocos minutos, y la frecuente instalacion de una solucion saturada de ácido bórico con ó sin atropina.

El tratamiento local de las pseudo-membranas de las fauces, constituye un punto de grandísima importancia. No se considera á aquellas como una excrecion que debe respetarse; á ser posible se destruirán ó se arrancarán; alcánzaselas solo en ciertos sitios, precisamente en aquellos menos peligrosos. Las pseudo-membranas tonsilares son de menos riesgo por su escasa comunicacion linfática con el cuerpo. Casi todas esas formas de difteria tonsilar son benignas al menos mientras el proceso no se extiende; la mayoria de ellas siguen su curso benigno en cinco ó siete dias, y son precisamente las que han dado impulso y apoyo á los procedimientos de arrancar, rasgar, cauterizar, estregar, cepillar y quemar; son casos que no muestran aspecto maligno; y téngase en cuenta que ni el galvano-cauterio, ni el ácido fénico, ni el tanino y glicerina, ní el percloruro ó sulfato de hierro pueden ser aplicados con el debido espacio y tiento á la membrana, sino es, únicamente con niños muy dóciles y pacientes; en casi todos los casos se llega á arrancar el epitelio ambiente, por cuya rasgadura el depósito diftérico puede extenderse. Además la mucosa de las amígdalas cambia la superficie de su tejido, como sucede donde quiera que el epitelio es pavimentoso, y no se deposita sobre la membrana mucosa, de la que puede ser fácilmente desprendida.

Cualquiera que sea la práctica, debe hacerse sin violencia de ningun género. Si las inyecciones nasales se considerasen convcnientes, deben hacerse lavando la parte posterior de

la faringe, las amigdalas del modo más suficiente, para hacer absolutamente innecesario el tratamiento especial directo de la garganta; son aquellas más cómodas, encuentran menos oposicion y producen menos agotamiento que la forzosa y batalladora abertura de la boca, lo cual es de una gran importancia, como veremos, para el tratamiento local de la cavidad nasal. Donde sea posible hacer aplicaciones locales sin dificultad, la membrana se podrá pincelar con tintura de iodo varias veces por dia, ó más bien con una gota de ácido fénico concentrado. De polvos solamente conozco uno cuya aplicacion no está contraindicada, los calomelanos, y aun éstos pueden irritar por sus varias formas; su accion de sequedad, irrita y origina tos y malestar. Deben abandonar todos los que tengan mal gusto ú olor, como el azufre, iodoformo ó quina.

Con el fin de disolver las membranas, hase empleado la papaina que soluble en veinte partes de agua, puede ser inyectada, pulverizada ó pincelada. El autor la ha usado á mayor concentracion, en dos ó cuatro partes de agua y glicerina, en la nariz, en la garganta y á través de la cánula de tránqueotomia, en la traquea; un droguero de irreprensible confeccion, recomienda la misma sustancia con una modificacion que el denomina PAPOID. Para el mismo objeto algunos prefieren la tripsina, cuya aplicacion parece ser indiferente. Ultimamente el autor vió aplicar la papaiotina en polvo por uno de los mejores médicos, pero resultó una irritacion constante de la garganta cuando de otro modo el enfermo habría convalecido. La hiperemia faríngea y la ligera exudacion desaparecieron cuando se usaron lavatorios ligeros de alumbre.

Vapores — Sus inhalaciones son útiles en el catarro de la mucosa y en muchas afecciones inflamatorias y diftéricas; aumentan la secrecion de la membrana mucosa y la liquidan ayudando á la expulsion de las pseudo-membranas. Su accion es más pronunciada sobre los más grandes folículos

mucíparos colocados bajo ó al lado de un epitelio cilíndrico ó vibrátil. Así es como la difteria tranqueo-bronquial, llamada bronquitis fibrinosa, se alivia considerablemente; yo he retenido varios dias á niños afectados de ella en sus dormitorios, rodeados de agua caliente, obligándoles de un modo constante á respirar las calientes nubes. Varios casos semejantes se han curado con este tratamiento. El *agua fria* pulverizada jamás dará el mismo resultado; ni he visto tampoco los inhaladores de patente hacer mucho bien.

El tratamiento por el vapor es menos apropiado en donde el epitelio es más pavimentoso que cilíndrico y solo se observan algunos folículos mucíparos y la pseudo-membrana está sumergida en la superficie y es muy coherente, como ocurre, por ejemplo, con las amígdalas y las cuerdas vocales. Por el contrario, el calor húmedo es capaz en casos semejantes, de favorecer la extension del proceso, reblandeciendo la hasta entonces membrana mucosa sana.

Requiérese todo el tacto del médico para elegir los casos propios de la administracion del vapor, aun sin hablar del juicio que se necesita para determinar, hasta qué punto debe permitirse la renovacion del aire del cuarto ó pabellon de vapores.

A estos pueden unirse vapores medicinales; hágase hervir agua constantemente en el cuarto del enfermo, sobre un fogon, con tal de evitar que el vapor vaya directamente á la chimenea ó sobre una estufa (las modernas estufas automáticas son insuficientes y malas) ó sobre una lámpara de alcohol si no hay cosa mejor, no sobre llama de gas por la gran cantidad de oxígeno que consume. De hora en hora se verterá sobre el agua una cucharada de esencia de trementina y una cucharadita de ácido fénico, para la evaporacion: el aire del cuarto se llena de estos vapores, y el contacto con la superficie enferma del tramo respiratorio es absoluto.

La secrecion de la mucosa es á veces bastante abundante por el influjo del vapor, máxime que por los tegumentos

externos hay gran penetracion de agua en la circulacion. A este propósito se recomendará beber grandes cantidades de agua sola ó mezclada con un estimulante alcohólico. Con una mucosa enteramente mojada, la membrana flota con más facilidad y se macera.

Con este fin se recomendó altamente la pilocarpina ó jaborandi: Guttmann, la creyó una panacea de todas las formas. No hay duda que la secrecion de la membrana mucosa es considerablemente aumentada por su administracion interna ó por repetidas inyecciones hipodérmicas del muriato ó nitrato; pero el corazon se debilita por su uso. En algunos casos, el tratamiento se continuó el tiempo suficiente; en muchos el autor lo ha suspendido porque despues de algunos dias de administracion persistente llegó á temer por la vida de los enfermos; por este motivo, el meeting de la American Medical Association, en Richmond, combatió hace ocho años algunas exageraciones de las estadisticas de Guttmann, á no ser que este diera con casos excepcionales en que se toleraba la pilocarpina hasta la curacion: es un medicamento con que curaremos los casos, pero mataremos los enfermos.

La difteria de la nariz, termina fatalmente á menos de un tratamiento enérgico comenzado de una vez: una perseverante disinfeccion de la superficie mucosa. El plan disinfectante no debe retardarse á causa de la sepsis general que resulta de la rápida absorcion de la superficie, provista de conductos linfáticos y vasos sanguíneos superficiales de un tamaño grande. Las inyecciones disinfectantes deben repetirse cada hora por uno ó más dias. Si se hacen bien, las adenitis consecutivas, particularmente las que están detrás del ángulo de la mandíbula inferior, se alivian muy pronto y el estado general lo mismo.

Pero hay casos en que los cuerpos linfoides no son la principal puerta porque se opera el envenenamiento constitucional; se verifica por los vasos sanguineos solamente. En el estado incipiente de esos casos, sale por las ventanas de

la nariz, una sustancia más ó menos sanguinolenta; en ellos, los vasos sanguíneos, delgados y fragiles, llevan hácia dentro el veneno con gran rapidez.

En algunos casos las inyecciones son ineficaces: en aquellos, que toda la cavidad nasal esta llena de depósitos membranosos; requieren estos un tratamiento de fuerza A veces es difícil introducir á través de ellos un estilete de plata; esto puede repetirse con el estilete mojado en ácido fénico, ó envuelto en algodon absorbente mojado en ácido fénico al 50 ó 90 por 100. Un momento despues, las inyecciones solas bastarian; solo que el desarrollo de las pseudomembranas es muy rápido y pasadas algunas horas se tapan de nuevo las ventanas de la nariz, y la dificultad es la misma.

Los líquidos á inyectar deben estar calientes y ser agradables y benignos: son satisfactorias las soluciones de cloruro de sódio, 66 centígramos por 100, las soluciones saturadas de ácido bórico; una parte de bicloruro de mercurio, 35 de cloruro de sodio y 5000 de agua; agua de cal ó soluciones de papaina. Claro está el objeto de estos remedios, que es el de lavar en parte y en parte el de desinfectar. El autor calla el ácido fénico que puede usarse al 1 por 100 ó menos, porque su empleo requiere cuidado; se traga mucha parte de los líquidos inyectados, lo que es peligroso para un niño de cualquiera edad.

Casi todas las jeringas en uso son detestables: su cánula debe ser ancha, obtusa y blanda. Despues de haber recomendado por muchos años la jeringa comun de oidos, de goma dura, con tal de cortar su punta fina, el autor usa siempre una jeringa de cristal corta y gruesa con goma blanda en el extremo anterior.

Cuando el niño no puede ó no debe ser levantado, mientras permanece acostado, con una cuchara ó un cuentagotas Davidson lleno, se echarán las soluciones cada hora ó mucho más á menudo, con poca ó ninguna molestia. El pico

debe ser ancho hasta ajustarse á la ventana de la nariz: una simple inyeccion en cada lado bastará generalmente. El autor, acostumbra á tapar el pico de la jeringa con un pedacito de tubo de goma de la India. Durante un dia ó dos, las inyecciones de líquidos ó las pulverizaciones deben hacerse cada hora. No es nada cruel despertar al niño de la somnolencia séptica; no hacerlo es ciertamente la muerte.

Seccion Especial

Publicamos lo siguiente por un pedido hecho por varios estudiantes y sócio del Círculo.

"Buenos Aires, Octubre 5 de 1888.

Reunidos en Asamblea los Estudiantes de Medicina, abajo firmados, con el objeto de resolver el destino que debia darse á los fondos sobrantes recolectados á fin de librar del Servicio Militar á los Estudiantes sorteados, resolvieron: Despues de discutir suficientemente la mocion del Sr. Roman Pacheco que pedia se destinaran á la Sociedad Círculo Médico Argentino, á fin de aumentar los fondos de su Biblioteca; y la del Sr. Ramon Leguizamon, indicando se donaran á la Sociedad Auxiliar de la Fraternidad, se puso a votacion dando el siguiente resultado:

Por la mocion del Sr. Pacheco tres (3) votos; por la del Sr. Leguizamon, uno (1) voto; resolviéndose de conformidad que los trescientos cuarenta y cinco (345) pesos moneda na-

cional restantes fueran destinados á la Biblioteca del Círculo Médico Argentino.

El Sr. Piñero excusó su voto por ser miembro de las Comisiones Directivas de ambas Sociedades.

J. P. Viera—Ramon Onésimo Leguizamon—Roman Pacheco—Alejandro P. Ferrari—Horacio G. Piñero—Ricardo L. Corradi—N. Gardeazabal.

Buenos Aires, Octubre 7 de 1888.

Señor D. Justo Viera:

Tengo la satisfaccion de comunicar á Vd. que se ha recibido a cantidad de trescientos cuarenta y cinco ps. moneda nacional, que los estudiantes de Medicina han donado en favor de la Biblioteca del Círculo Médico Argentino.

Al agradecer, por intermedio de Vd., à los estudiantes que nos han prestado tan valioso concurso, me es grato de saludar á Vd. con la consideracion más distinguida.

Antonio P. Gandolfo—M. Dellepiane—J. S. Rivas.

ÍNDICE DEL TOMO XI—AÑO DE 1888

Estudio del hipnotismo bajo el punto de vista psicológico y de medicina legal, por el señor Diógenes Decoud.
Sutura del nervio mediano por Abel Ayerza.
Crónica médica.
Algo sobre fiebre tifoidea por el Dr. S. N. Chaves.
Parálisis musculares, consecutivas á un traumatismo articular, por Jaime R. Costa.
Reseccion del Isquion por el Dr. César Milone.
Depresion intercostal (pleuresia) por el Dr. A. Ayerza.
Clínica médica—Hospicio de la Salpetriere—Las parálisis histero-traumáticas en el hombre por el profesor Charcot.
El matrimonio y las afecciones cardiacas por el Dr. Abel Ayerza.
Lipoma de la region glutea por J. B. Llanos.
Litolapascia—curacion.
De las complicaciones de la Erisipela, Jacoud.
La Saccarina y su empleo, por Chuche.
Revistas de la prensa extranjera.
Fracturas del fémur y extension contínua por Juan B. Justo.
Tratamiento de las fiebres y de los estados tifoideos por el método oxidante y eliminatriz por el Dr. C. Robin.
Revista de la prensa extranjera.
Demografia de Buenos Aires en 1887 por R. Coni.
Granulaciones de la mucosa intra-uterina por el Dr. Maglione.
Estudio clínico del método Dialectrolítico por el Dr. Sudnik.
Química médica (L'union medicale).
Tratamiento de la fiebre tifoidea segun el profesor Jacoud (Tribune Medicale).
Revista del extranjero.

Amputacion de la pierna en el tercio superior por el Dr. L. C. Maglione.

Tratamiento de la Difteria por el Dr. Diego R. Davison.

Revista de la prensa extranjera.

Un caso de Blefarosplastía en mosaico de Wecker, por Téofilo A. Moret.

Aneurisma de la poplítea y de la Aorta abdominal, por Lorenzo Inurrígarro.

La climatoterapia en la tísis por el Dr. C. Veron.

Revista extranjera.

Larvas de Anthomya en el hombre por el Dr. R. Wernicke.

Observaciones de seccion abdominal por el Dr. Roberto Dodds.

Relaciones de las cardiopatías en el embarazo por el Dr. Jacoud.

Trasmision de la rabia por los nervios, por los Drs. Vestea y Zagari.

La clínica quirúrgica en Berna por el Dr. Juan B. Justo.

La creolina en Ginecologia por el Dr. Gache.

Revista extranjera.

Algunas consideraciones sobre cirugía abdominal, por el Dr. D'Antone; conferencias copiladas por el Dr. Garzia.

Ulcera tuberculosa del ante-brazo por el Dr. Leonidas Avendaño.

Un caso de Histero-Epilepsia por el Dr. Octavio Maira.

Terapéutica de la Difteria por el Dr. Andrés Martinez Vargas.

ÍNDICE ALFABÉTICO DEL TOMO XI

AÑO DE 1888

A

Páginas

Amputacion de la pierna en el tercio superior por el Dr. Luis C. Maglione..... 229
Aneurisma de la poplítea y de la aorta abdominal, por Lorenzo Inurrígarro..... 255

B

Blefarosplatia (un caso de) en mosaico de Wecker, por Teófilo A. Moret..... 249

C

Cirugía abdominal (algunas consideraciones sobre) por el Dr. D'Antone.—Conferencias copiladas por el Dr. Garzia..... 323
Crónica médica..... 37
Clínica médica—Hospicio de la Salpetriere—Las paralisis Histero-traumáticas en el hombre, por el profesor Charcot..... 83
Clínica quirúrgica (la) en Berna, por el Dr. Juan B. Justo..... 301
Creolina en Ginecología (La) por el Dr. Samuel Gache. 309

Páginas

D

Depresion intestinal, (pleuresia) por el Dr. Abel Ayerza. 97
Demografia de la ciudad de Buenos Aires, en 1887, por el Dr. Coni..... 187
Dialectrolítico (Estudio clínico del método) por el Dr. Sudnik..... 198
Difteria (Tratamiento de la) por el Dr. Diego R. Davison..... 235
Difteria (Terapéutica de la) por el Dr. Andrés Martinez Vargas 352

E

Erisipela (De las complicaciones de la) por el Dr. Jacoud..... 121
Embarazo (Relaciones de las cardiopatías en el) por el Dr. Jacoud..... 292

F

Fiebre Tifoidea (algo sobre) por el Dr. Gregorio N. Chaves..... 49
Fémur (Fracturas del) y extension contínua por el Dr. Juan B. Justo..... 149
Fiebres (Tratamientos de las) y de los estados tifoideos, por el método oxidante y eliminatriz, por el Dr. C. Robin..... 166
Fiebre Tifoidea (Tratamiento de la) segun el profesor Jacoud..... 212

H

Hipnotismo (Estudio del) bajo el punto de vista psicológico y de medicina legal, por el Sr. Diógenes Decoud..... 3
Histero-Epilepsia (Un caso de) por el Dr. Octavio Maira 347

Páginas

L

Lipoma de la region glutea por el Sr. J. B. Llanos..... 116
Litolapascia—Curacion 119
Larvas de Anthomya en el hombre por el Dr. R. Wernicke..... 275

M

Mucosa intra-uterina (Granulaciones de la) por el Dr. Maglione..... 189
Matrimonio (el) y las afecciones cardiacas por el Dr. Abel Ayerza..... 97

N

Nervio mediano (Sutura del) por el Dr. Abel Ayerza.. 27

P

Parálisis musculares consecutivas á un traumatismo articular por Jaime Costa..... 55

Q

Química médica..... 204

R

Resecion del isquíon, por el Dr. César Milone..... 62
Revista de la prensa extranjera..... 130
Revista del extranjero..... 220
Revista de la prensa extranjera..... 180
Revista de la prensa extranjera..... 238
Revista extranjera..... 266
Rabia (Trasmision de la) por los nervios por los Dres. Vestea y Zagas..... 296
Revista extranjera..... 311

Páginas

S

Sacasina (la) y su empleo, por Chuche..... 125
Seccion abdominal (Observaciones de) por el Dr. Roberto Dodds..... 278

T

Tisis (La climatología en la) por el Dr. C. Veron..... 260

U

Ulcera tuberculosa del antebrazo, por el Dr. Leonidas Avendaño..... 332

FIN DEL INDICE